

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 6 juin 1895, à 1 heure

PAR

Julien MARAVAL

EX-PRÉPARATEUR DE MÉDECINE LÉGALE A LA FACULTÉ DE TOULOUSE

Né le 8 janvier 1871 à Toulouse (Haute-Garonne).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

DÉCOLLEMENT DE LA RÉTINE

ET DE

SON TRAITEMENT PAR L'ELECTROLYSE

Président : M. PANAS, professeur.

*Juges : MM. { LE DENTU, professeur.
BOUILLY, agrégé.
BRUN, agrégé.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1895

314

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 6 juin 1895, à 1 heure

PAR

Julien MARAVAL

EX-PRÉPARATEUR DE MÉDECINE LÉGALE A LA FACULTÉ DE TOULOUSE

Né le 8 janvier 1871 à Toulouse (Haute-Garonne).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

DÉCOLLEMENT DE LA RÉTINE

ET DE

SON TRAITEMENT PAR L'ELECTROLYSE



President : M. PANAS, professeur.

*Juges : MM. { LE DENTU, professeur.
BÔUILLY, agrégé.
BRUN, agrégé.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	{ G. SEE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements.	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET.	MARFAN.	RETTERRER.
ANDRE.	FAUCONNIER.	MARIE.	RICARD.
BALLET.	GAUCHER.	MAYGRIER.	ROGER.
BAR.	GILBERT.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BRISSAUD.	GLEY.	NELATON.	SEBILEAU.
BRUN.	HEIM.	NETTER.	TUFFIER.
CHANTEMESSE	JALAGUIER.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHARRIN.	LEJARS.	travaux anatomiques	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUÉNU.	WEISS.
DEJERINE.			

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE

DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES FRÈRES

A TOUS MES PARENTS ET AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553824_0009

A MONSIEUR LE DOCTEUR TERSON

Chargé du cours de clinique ophtalmologique à la Faculté de Médecine
de Toulouse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ATOCH

Médecin-Oculiste

HOMMAGE DE RECONNAISSANCE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PANAS

Officier de la Légion d'honneur

Membre de l'Académie de Médecine

AVANT-PROPOS

Le décollement de la rétine, en raison même de sa gravité et de sa fréquence, a depuis longtemps attiré l'attention des praticiens. Le nombre des opérations préconisées tour à tour pour guérir cette affection prouve suffisamment à lui seul combien sont peu efficaces les traitements suivis jusqu'à ce jour. Est-ce à dire qu'il faille abandonner à leur malheureux sort les malades atteints de décollement ? Assurément non. Toute méthode qui permettra d'espérer le plus souvent une amélioration durable et dans un certain nombre de cas, la guérison complète, aura le double avantage de secourir un nombre considérable de malheureux et de ne pas laisser le praticien désarmé en face de cette terrible maladie.

Durant les quelques mois pendant lesquels nous avons eu l'honneur de remplir les fonctions d'interne dans le service de M. le Docteur Terson, chargé du cours de clinique ophtalmologique à la Faculté de Médecine de Toulouse, il nous a été donné d'examiner et d'observer un certain nombre de malades atteints de cette affection.

Nous nous proposons d'insister dans ce travail sur la pathogénie du décollement de la rétine ; nous exposerons les traitements successivement préconisés ; nous donnerons la relation des expériences que nous avons entreprises sur les animaux de concert avec M. le Dr Clavelier, chef de clinique ophtalmologique de la Faculté de Toulouse, dans le but de connaître d'une manière précise les effets produits sur le corps vitré selon la durée et l'intensité du courant électrique employé ; nous ferons connaître en dernier

lieu les divers procédés d'électrolyse actuellement en usage et leurs résultats.

Mais avant d'aborder le sujet qui nous occupe, c'est pour nous un devoir bien agréable à remplir que d'exprimer notre reconnaissance à M. le Professeur Terson qui nous a donné la première idée de ce travail et nous a guidé dans nos recherches avec la plus extrême bienveillance.

Nous prions M. le Docteur Lacoarret, professeur libre de laryngologie à Toulouse, d'agréer l'assurance de notre profonde gratitude pour la bonté avec laquelle il nous a accueilli à sa Clinique et pour la bienveillance qu'il a mise à nous apprendre durant deux années, une branche de la pathologie qui offre bien des points de contact avec la pathologie oculaire.

Qu'il nous soit permis d'exprimer notre sincère gratitude à M. le Docteur Guilhem pour la sympathie qu'il a bien voulu nous témoigner alors que nous étions son préparateur de médecine légale à la Faculté de médecine de Toulouse.

Que M. le Professeur Panas daigne agréer l'hommage respectueux de notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

CHAPITRE PREMIER

Considérations générales

On entend par décollement de la rétine l'interposition d'une masse liquide ou solide contre les couches de cellules visuelles et son épithélium pigmentaire (de Wecker).

La totalité de la rétine, d'une façon générale, ne se détache pas ; la couche pigmentaire de cellules épithéliales reste d'ordinaire attachée à la choroïde.

Avant la découverte d'Helmholtz, on ne pouvait reconnaître que les soulèvements rétiens avançant fortement dans le corps vitré ; on les mentionnait alors sous les dénominations d' « *hydropisie choroïdienne, sous rétinienne, de retina tremulans*, etc. ». L'affection n'était reconnue que lorsqu'elle avait atteint un degré très avancé, alors que la fonction de la rétine, si elle persistait, était réduite à la simple perception lumineuse.

L'ophtalmoscope, en permettant de voir toutes les modifications produites dans les milieux de l'œil, fit faire un grand pas à l'étude du décollement rétinien. On put constater que cette lésion n'était pas aussi rare que les anciens avaient pu le croire et qu'elle entraînait pour une assez grande part dans le nombre des affections du fond de l'œil.

Si nous nous en rapportons en effet à une statistique récente (1), nous constatons que le décollement de la rétine

(1) M. PONCET. *Soc. fr. d'opht.* séance du 3 mai 1887. *Arch. d'oph.* 1887. 7, p. 233.

se rencontre dans la proportion de 1 sur 200 malades oculaires pour les décollements simples et de 1 sur 1500 pour les décollements doubles. La proportion des décollements doubles aux décollements simples est de 1 sur 9.

Depuis le mois de juillet 1894, il s'est présenté à l'observation de M. le Professeur Terson 1670 malades, sur ces 1670 malades on comptait dix-neuf cas de décollement, soit une moyenne de 1,1 0/0 ; la proportion est environ le double de celle que mentionne la statistique de M. Poncet.

Les décollements se rencontrent dans le plus jeune âge et il est alors facile de les confondre avec une tumeur de la rétine (gliome). Leur nombre s'élève rapidement de 10 à 20 ans, puis de 20 à 30 par bonds égaux.

Le plus grand nombre se rencontre entre 40 et 70 avec un maximum à 60 ans.

Après 70 ans, la diminution est brusque ; l'explication en est peut-être fournie par ce fait qu'à cet âge, d'une façon générale, l'homme n'est plus capable de travaux nécessitant une attention soutenue ; peut-être serait-il plus vrai de dire que des yeux qui ont travaillé pendant 60 ans sans aboutir à un décollement de la rétine paraissent désormais à l'abri de cette affection.

Les décollements traumatiques ont leur maximum de fréquence à 20 ans.

Le sexe semble avoir une certaine influence sur le décollement, et les hommes, dont les travaux demandent en général une plus grande assiduité que ceux des femmes, lui paient un plus large tribut ; on trouve en effet une proportion de 62 0/0 pour les hommes, et de 38 0/0 pour les femmes. Après 55 ans, l'égalité existe pour les deux sexes (Poncet).

Quant aux professions, celles qui exigent le plus des efforts d'accommodation prolongés exposent davantage à un décollement ; ainsi les couturières, les employés aux écritures, les

écoliers, les étudiants fourniront la plus grande partie des malades atteints de cette affection.

Notons cependant que les cultivateurs fournissent un assez large contingent, peut-être à cause de la position toujours courbée que réclament les travaux des champs et qui est de nature à provoquer une congestion oculaire presque permanente.

Quel est, au point de vue anatomique, le siège exact du décollement de la rétine ?

D'après M. de Wecker, la rétine ne se détache jamais entièrement, quant à la totalité de ses éléments, la couche de pigment reste constamment attachée à la choroïde ; une telle assertion, vraie dans l'immense majorité des cas, ne peut cependant s'appliquer à tous. Presque toujours en effet, il se produit un véritable déchirement dans l'épaisseur même de la membrane nerveuse ; mais le décollement proprement dit, ou la séparation de la rétine d'avec la membrane vasculaire existe. Adamüch dans le *Wiestnik ophtalmologii*, à propos d'un article récent (1892) sur la curabilité du décollement rétinien, cite encore une observation dans laquelle la rétine était décollée dans une grande étendue avec participation de la couche pigmentaire.

Il est assez difficile de comprendre *à priori* comment la rétine qui ne présente avec la choroïde que des liens de contiguité ne se détache pas entièrement. Les expériences faites par Raphaël Dubois (1) et Renaut chez les vertébrés ont démontré que les franges des cellules pigmentées se poursui-

(1) RAPHAËL DUBOIS et RENAUT. — Sur la continuité de l'épithélium pigmenté de la rétine avec les segments externes des cônes et des bâtonnets et la valeur morphologique de cette disposition chez les vertébrés. Note présentée à l'Académie des sciences par M. Chauveau. — *Rec. d'opht.* 1890. p. 52.

vent jusqu'à la limitante externe et s'y insèrent ou plutôt se confondent avec elle par continuité de substance au point de concours ; de plus, l'extrémité externe longtemps considérée comme libre des cônes et des bâtonnets se continue sans démarcation avec le protoplasma ou les franges de l'épithélium pigmenté.

Quand cet épithélium commence à se séparer de la ligne des cônes et des bâtonnets sous l'influence de l'état cadavérique et que les parties ont été fixées en cet état, on constate que les segments externes des cônes et des bâtonnets se rompent par le travers à diverses hauteurs et l'épithélium pigmenté emporte leurs fragments adhérents ou plutôt continus à la substance protoplasmique de ses cellules ou des franges de celles-ci.

Il semblerait résulter de ces expériences que l'union entre l'épithélium pigmenté et la couche des cônes et des bâtonnets se fait d'une façon absolument intime ; et si la rétine se déchire dans son épaisseur, c'est peut-être dû à la production d'adhérences de sa couche externe avec la choroïde à la suite d'une inflammation de ces membranes.

CHAPITRE II

Symptomatologie.

En dehors des cas de traumatisme, l'apparition du décollement rétinien n'est accompagnée ni de douleur ni de réaction inflammatoire. Les troubles fonctionnels débutent plus ou moins subitement, précédés seulement dans les cas de myopie progressive qui sont le plus fréquents, par la perception plus marquée de mouches volantes ou par de la photopsie.

Le malade constate d'abord un trouble général de la vue, puis il s'aperçoit que ce trouble n'occupe qu'une partie du champ visuel. La lésion peut siéger (Panas, de Wecker) à la partie supérieure et équatoriale de l'œil, et fuser ensuite à la partie inférieure. D'après M. Galezowski, il occupe le plus souvent la partie inférieure et externe ; il peut cependant siéger en haut, en bas ou en dedans ; chez les malades que nous avons pu étudier et d'après les observations de M. le Dr Terson, on rencontre peut être plus souvent au début le décollement en haut et plus tard seulement en bas. Dans l'observation rapportée plus loin et qui a trait à une femme guérie par l'électrolyse, il existait en bas et en dehors depuis 4 jours seulement. Si l'on explore le champ visuel de pareils malades, on constate parfois au début une lacune à sensibilité incomplète où le vert et le bleu sont ordinairement confondus, mais le rouge parfaitement perçu. A mesure que le décollement persiste, la simple torpeur dans les parties décollées fait place à

une véritable insensibilité. Il existe alors une échancrure ou un défaut complet d'une partie plus ou moins notable du champ visuel et cette lacune correspond en sens inverse à la portion décollée de la rétine.

Parfois l'exsudat siège à la partie supérieure et fuse ensuite dans les régions inférieures tandis que la rétine se réapplique à la partie supérieure ; le champ visuel subit alors des modifications faciles à constater ; la lacune augmente d'étendue à la partie supérieure tandis qu'elle diminue peu à peu à la partie inférieure.

Comme on le voit, l'examen du champ visuel est d'une extrême importance pour s'assurer soit de l'existence même du décollement, soit de la conservation ou de l'abolition de la fonction de la rétine.

Quoi qu'il en soit du siège de l'affection, le malade voit, dans la région où existe la lacune du champ visuel, les objets comme on les aperçoit lorsque, en plongeant, on ouvre les yeux sous l'eau ; il lui paraissent vagues, déformés, ondulants. Si le décollement est étendu, les objets volumineux semblent coupés, et une portion seulement est perçue. L'acuité visuelle est toujours affaiblie, et lorsque la région de la macula est envahie, la vision centrale est abolie ; il n'y a plus qu'une fixation excentrique.

La vision des couleurs est défectueuse, surtout pour le vert et le bleu qui sont facilement confondus, le rouge continuant plus longtemps à être perçu.

La tension de l'œil est normale ou diminuée, jamais augmentée. Dransart (1), Bettremieux (2), cherchant à expliquer l'action de l'iridectomie admirent un excès de tension relatif

(1) *Association pour l'avancement des sciences*. Rouen 20 août 1883. *Arch. d'oph.* 4884, 4 p. 189.

(2) Est-il prouvé que l'iridectomie est impuissante à guérir le décollement de la rétine ? *Arch. d'oph.* 1888, p. 43.

suffisant pour provoquer la distension de la sclérotique et de la choroïde d'un œil myope. L'opinion de ces auteurs est difficilement admissible, car la tension oculaire est seulement exagérée dans les cas de décollements symptomatiques d'une tumeur ou après synéchie totale de l'iris. Quant à dire qu'un œil qui nous paraît très mou possède un excès de tension relatif, nous ne pouvons l'accepter.

L'examen ophtalmoscopique permet de constater le siège et les limites du décollement.

On distingue cliniquement (1) deux variétés qui se différencient sensiblement comme marche, et par suite comme pronostic de la maladie : ce sont les décollements *antérieur* et *postérieur*.

Les décollements *antérieurs* encore désignés sous le nom de *pernicieux*, impliquent des détachements antérieurs du corps vitré, des tiraillements sur les parties les plus vasculaires et riches en nerfs de l'œil, c'est-à-dire sur le corps ciliaire, des troubles nutritifs prompts dans le cristallin, et menacent par suite d'irido-cyclite et de glaucome par synéchie totale, l'existence du globe oculaire en ce qui concerne même la conservation de la forme. Le décollement antérieur montre une grande tendance à se compléter et à devenir total.

Le diagnostic de pareils décollements est en général facile ; la membrane nerveuse a perdu sa transparence ; le plissement de la rétine et les variations du parcours de ses vaisseaux dans divers plans renseignent très aisément sur l'emplacement différent de ses diverses portions. Pour avoir une image ophtalmoscopique précise à l'examen à l'image droite, il faut une adaptation différente (un éloignement de l'œil) suivant qu'on explore une partie plus ou moins avancée de la rétine détachée. Examine-t-on à l'image renversée, on aura recours

(1) DE VECKER et LANDOLT. *Traité d'ophtalmologie*, Paris.

à un rapprochement du verre convexe vers l'observateur, si l'on examine une portion plus soulevée de la rétine.

A ce dernier examen, des verres convexes d'autant plus forts (18, 20 dioptries) sont nécessaires pour obtenir une image nette, le soulèvement rétinien ayant donné à l'œil les conditions d'exploration d'yeux excessivement hypermétropes.

Lorsqu'un décollement est devenu complet, il n'est souvent plus possible de recevoir du fond de l'œil le moindre reflet rougeâtre ; mais en s'éloignant un peu de l'organe examiné, on aperçoit, par l'exploration à l'image droite, les plis de la rétine et ses vaisseaux.

Dans les cas de décollement avancé et complet la seule difficulté qui peut se présenter pour le diagnostic ordinairement si aisé est un trouble notable dans le corps vitré revenu sur lui-même et la présence de flocons épais. En pareil cas, en l'absence de la constatation des plis et vaisseaux rétiens, l'absolue certitude manque au diagnostic ; les principales ressources pour celui-ci seront puisées dans les conditions particulières de tension et de conservation ou de non conservation du champ visuel.

Souvent bien autrement difficile est de reconnaître un décollement postérieur, périphérique et circonscrit de la rétine, si celui-ci est transparent et peu élevé. Un coude général de tous les vaisseaux de la rétine à un certain niveau peut être utilisé pour le diagnostic à l'examen ophtalmoscopique ; il faut noter de plus leur uniformité de coloration et leur diminution de volume.

A mesure que le décollement vieillit, la rétine perd sa transparence par suite de troubles trophiques de plus en plus accusés ; elle prend une teinte bleuâtre ou bleu verdâtre, qui explique l'impossibilité où l'on se trouve d'éclairer le fond de l'œil. La rétine dégénère peu à peu au point de s'atrophier et de se transformer en tissu cellulaire et en cordons cicatriciels

qui suivent de préférence les gros troncs vasculaires en les oblitérant en partie.

On observe souvent à l'ophtalmoscope la présence d'une déchirure de la rétine ; cette lésion a été envisagée sous des points de vue bien différents, tant pour sa production que pour son importance au point de vue du pronostic.

D'après la théorie de de Wecker (1), plus tard admise par Leber, la déchirure serait due à l'irruption en arrière de la rétine du liquide accumulé entre cette membrane et le corps vitré décollé.

Mais tous les décollements ne sont pas dûs à des déchirures, surtout lorsque l'on considère les décollements lents dans lesquels le corps vitré reste intimement accolé à la rétine ; la déchirure peut exister cependant, mais alors elle est secondaire et est due à la traction du corps vitré sur une membrane qui ne présente pas dans tous ses points une résistance absolument égale. Mais outre les deux modes que nous venons de mentionner, il en existe un troisième signalé par Elschmig (2). Dans les deux observations qu'il rapporte, les malades à un premier examen présentaient un décollement de la rétine, sans déchirure, et à un second examen il trouva une perte de substance de la rétine décollée, espèce de trou fait à l'emporte-pièce, et il fut impossible de retrouver dans le corps vitré le lambeau manquant ; d'après l'auteur, l'explication en est fournie par ce fait qu'il existait au point où s'est produit la déchirure, une chorio-rétinite et qu'en cet endroit l'union entre la rétine et la choroïde se faisant d'une façon plus intime, les deux membranes repoussées en sens inverse par le décollement, n'ont pu se désunir ; la rétine s'est déchirée ; si l'on n'a pu voir le morceau qui est resté

(1) Ueber die Entstehung der Netzhautablosung. *Klin. Monats.* T. XVI. 1892.

(2) ELSCHMIG. La production des déchirures de la rétine dans le décollement. *Klin. Monats.* 1882, déc. ; p. 416.

appliqué contre la choroïde, c'est que la rétine en se décollant s'est affaissée et a détruit ses rapports avec la membrane vasculaire dont une autre partie venait s'offrir à l'examen ophtalmoscopique à travers la perte de substance.

Il faut noter une particularité intéressante dans la seconde observation citée par Elschmig : la perte de substance, assez vaste, était traversée par deux filaments très étroits et sombres qui n'étaient autre chose que des vaisseaux rétinien paraissant oblitérés ; l'un d'eux se bifurquait dans le trou même ; on ne peut donc dire que la rétine déchirée s'était à cet endroit enroulée sur elle-même. A la périphérie, on constatait des foyers de chorio-rétinite légers.

Quoi qu'il en soit, sans admettre avec MM. de Wecker et Leber la nécessité absolue de la déchirure de la rétine pour la production d'un décollement, nous ferons simplement remarquer sa fréquence lorsqu'on veut bien la rechercher avec soin.

Mais son existence même doit-elle être considérée comme favorable ou défavorable à la guérison du décollement ?

Peut-être est-elle d'un heureux augure sinon pour la guérison de l'affection, du moins pour la conservation de la fonction de l'organe pendant un temps plus ou moins long ; elle peut amener une amélioration si profonde qu'on a pu croire un certain temps à une guérison complète (1). De Graefe a constaté à la suite d'une lacération rétinienne une restauration de l'acuité centrale et périphérique qui a persisté pendant cinq ou six ans.

Au point de vue de la guérison définitive, il semble cependant que l'existence d'une déchirure doit être considérée comme défavorable au pronostic. Le corps vitré en effet peut faire hernie à travers les lèvres de la plaie et s'opposer ainsi mécaniquement à la réapplication de la membrane nerveuse (Galezowski).

(1) WARLOMONT, *Dict. des sciences méd.*, Dechambre, p. 193.

CHAPITRE III

Pathogénie.

Pour nous conformer à la classification généralement adoptée par les auteurs, nous diviserons les décollements de la rétine en trois groupes.

1^{er} groupe. Décollement par distension.

2^e groupe. Décollement par soulèvement.

3^e groupe. Décollement par attraction.

Nous ferons remarquer cependant que cette classification n'a rien d'absolu ; ainsi dans le décollement par distension on trouve souvent comme cause adjuvante une attraction exercée par le corps vitré.

§ 1^{er}. — Décollement par distension.

Ce groupe, le plus important, est dû à la cause la plus fréquente du décollement, à l'élongation de l'axe optique, comme il arrive dans la myopie progressive avec sclérectasie postérieure ; le décollement myopique se rencontre le plus souvent entre 50 et 60 ans (Walter) (1) et entre dans une proportion de 37 0/0 (Poncet), 41 0/0 (Horner) dans la somme totale des décollements dûs à des causes diverses.

(1) WALTER, *Klinische Studien ueber die Netzhautablösung*. Thèse Zurich ; 1884.

S'il faut en croire une statistique de M. Galezowski (1), la proportion serait encore bien plus considérable puisque sur 427 décollements il en compte 419 myopiques.

Le rôle de la myopie dans la production de cette affection est donc considérable et indiscutable. M. Tscherning cependant fit remarquer en 1887 à la Société française d'ophtalmologie, un fait en apparence contradictoire : « les cultivateurs fournissant un assez gros contingent, dit-il, le travail de près ne semble pas avoir une grande influence sur la production du décollement, cela tient à ce que, sous le nom de myopie, on englobe plusieurs maladies tout à fait différentes. »

Il résulte des statistiques qu'il fit en Danemark en 1881 et 1882, publiées dans les Archives de de Graefe, que la myopie supérieure à 9 D se rencontre aussi souvent parmi les cultivateurs que parmi les gens lettrés ; la myopie scolaire ne serait donc pas aussi grave qu'on le croit généralement.

Il est cependant juste de faire remarquer avec M. Gorecki que si la myopie est assez fréquemment observée chez les cultivateurs, c'est que ceux-ci forment à eux seuls les 2/3 de la population de la France.

De Graefe admet que chez les myopes, la sclérotique et la choroïde très adhérentes l'une à l'autre et suffisamment élastiques se laissent distendre, tandis que la rétine moins extensible ne peut suivre ce mouvement que dans des limites plus restreintes, et à un moment donné se sépare de la choroïde à laquelle elle n'est du reste que très faiblement unie. Le décollement serait du reste favorisé dans le cas particulier par des exsudations choroïdiennes et des troubles de circulation si fréquents dans la myopie.

En 1856, Müller chercha à démontrer par ses recherches, que le détachement de la membrane nerveuse de l'œil ne peut se produire qu'après une rétraction du corps vitré.

(1) *Traité iconographique d'ophtalmoscopie.*

Iwanoff, en 1867, par ses investigations anatomo-pathologiques, prouva que le décollement du corps vitré précède toujours et régulièrement celui de la rétine. Dans le cas de sclérectasie postérieure, il se formerait un espace résultant de l'ectasie, que vient remplir un exsudat, sans lésion préalable du corps vitré. Dans un cas cité par l'auteur, on trouvait, aux confins du staphylome, la rétine adhérente au corps vitré. L'augmentation de volume de l'exsudat avait dû pousser en avant le vitreum, lequel avait entraîné et décollé la rétine. Leber a fait remarquer que l'hypothèse d'Iwanoff, (décollement par exsudation) ne peut s'admettre, la pression se faisant sentir dans tous les sens et devant par conséquent maintenir appliquée la rétine contre la choroïde. Du reste, ajoute le même auteur, on ne saurait admettre avec cette théorie de la sécrétion l'apparition brusque du décollement.

De Wecker fait jouer le principal rôle à la production d'une déchirure ; Leber, comme il a été dit plus haut, s'est prononcé en faveur de cette théorie.

« Il est probable (de Wecker), à mesure qu'une hypersécrétion constamment progressive déverse une quantité plus considérable de ce liquide et refoule le corps vitré en avant, que celui-ci, ne se laissant pas comprimer davantage dans la direction de l'axe antéro-postérieur, se détache des parois latérales en déchirant la rétine, et qu'à ce moment, le liquide fait brusquement irruption entre la membrane nerveuse et la choroïde en soulevant la rétine sous forme de poche ».

Nous avons discuté plus haut cette théorie, nous avons exposé les idées émises par les différents auteurs, nous n'y reviendrons pas en ce moment.

Les décollements myopiques peuvent être répartis en plusieurs divisions cliniques (1). — a) Décollement dans la myopie moyenne avec peu de lésions choroïdiennes postérieures ; —

(1) F. BOUCHERON. Th. Paris, 1891-92.

b) le décollement dans la myopie forte, avec importantes lésions choroïdiennes postérieures, — c) le décollement avec lésion du corps vitré et lésions du pôle postérieur.

a) *Le décollement rétinien myopique, dans la myopie moyenne*, se montre avec de minimes exsudats du corps vitré venus à diverses périodes et qui se sont révélés par l'apparition de mouches volantes, de flocons. Souvent aussi alors le malade a constaté des photopsies, de la sensibilité à la lumière. Fréquemment, lors de ces phénomènes d'exsudation et d'excitation, on constate une sensibilité de l'œil dans la région ciliaire, ordinairement en haut.

Cesont là des signes de cyclite légère et de cyclo-choroïdite, avec exsudats pénétrants dans le corps vitré où ils se coagulent en flocons; il y a en même temps excitation rétinienne.

Lors d'une crise plus accentuée de cette cyclite et cyclo-choroïdite antérieure, l'exsudat, produit en quantité plus considérable, s'accumule entre la rétine et la choroïde, vers l'ora serrata, et décolle la rétine.

C'est à cette période qu'il existe d'après Dransart (1883), Bettremieux (1888) une hypertonie relative du globe oculaire, qui est d'ailleurs très discutable.

Ainsi est constitué, d'une part le trouble floconneux du corps vitré, exsudat séro-fibrineux coagulé entre les fibres vitréennes; et d'autre part, le décollement rétinien siégeant à la partie supérieure et périphérique de l'œil.

Cette crise de cyclite exsudative constitue la première phase du décollement.

La dernière phase est caractérisée par l'inflammation des procès et de l'iris, inflammation peu violente, mais fournissant des exsudats: les uns fibrineux, qui font adhérer la pupille au cristallin; les autres séro-fibrineux qui s'accumulent dans la chambre postérieure ou chambre des procès. Cette accumulation des exsudats détermine le décollement de l'hyaloïde

d'avec la face postérieure du cristallin et la formation d'un lac exsudatif en arrière de cette lentille qui se trouve ainsi isolée de ses matériaux nutritifs et subit des troubles trophiques aboutissant à la cataracte.

L'hypotonie s'accuse davantage, puis l'atrophie du globe apparaît.

Nous venons d'étudier les diverses phases par lesquelles passait le décollement, il est intéressant de rappeler ici les altérations que présente la rétine décollée. Poncet les a divisées en 4 degrés (1).

PREMIER DEGRÉ. — Caractérisé par l'exsudation d'un liquide entre la choroïde et la rétine, liquide qui soulève cette dernière membrane dans toute son étendue. Ce soulèvement est uniforme et la membrane nerveuse ne présente aucun pli.

A ce degré, on constate un commencement d'altération dans la couche pigmentaire épithéliale qui se détache en partie sur quelques points. Les cellules ont perdu leur forme polygonale et sont devenues plus ou moins sphériques. Les granulations pigmentaires peuvent disparaître peu à peu et se répandre dans le liquide épanché. La rétine présente des altérations qui siègent surtout dans la couche des cônes et des bâtonnets. Des vésicules colloïdes sont disséminées au milieu de ces éléments qui peuvent se détacher de la limitante externe.

Ces altérations graves sont limitées à certaines régions. C'est au voisinage de la zone de Zinn qu'elles sont les plus marquées, mais on peut constater en même temps que certaines parties sont restées tout à fait intactes. En résumé la rétine a augmenté d'épaisseur et quelques parties de cette membrane ont subi plus ou moins l'altération colloïde.

DEUXIÈME DEGRÉ. — Le liquide nouveau étant toujours

(1) PUECH. Thèse Bordeaux, 1887.

secrété, les parties les plus mobiles de la rétine sont refoulées vers le centre, tandis que les attaches périphériques de la zone ciliaire et postérieures de la papille restent fixes ; la rétine prend alors la forme dite en convolvulus.

TROISIÈME DEGRÉ. — Les progrès de la maladie continuant, toute la partie postérieure de la rétine est réduite à un long pédicule mesurant de 15 à 16 millimètres de longueur sur 4 de largeur.

Derrière le cristallin et un peu à sa phériphérie on trouve une masse constituée par la rétine repliée sur elle-même et contenant les restes du corps vitré. Celui-ci fait rarement défaut. Dans ces conditions le cristallin subit des troubles de nutrition trop considérables pour pouvoir conserver son intégrité ; il devient opaque.

QUATRIÈME DEGRÉ. — Le liquide secrété occupe non seulement l'espace entre la rétine et la choroïde ; non seulement la membrane nerveuse est refoulée en convolvulus, mais les différentes lames de la choroïde sont dissociées et ce liquide secrété sépare encore cette dernière membrane de la sclérotique.

b) Décollement myopique de la rétine dans la myopie forte, avec lésions choroïdiennes importantes du pôle postérieur.

Ce décollement est peut-être un peu moins fréquent que celui de la myopie moyenne. Les lésions du pôle postérieur portent sur la choroïde d'une part, sur la sclérotique de l'autre.

Les lésions de la choroïde se rencontrent le plus souvent autour de la papille et quelquefois au niveau de la macula. De plus, dans les yeux à myopie forte, on rencontre fréquemment des poussées de cyclite ou cyclo-choroïdite exsudative se produisant vers l'ora serrata (Boucheron) avec mouches volantes.

corps flottants du vitré, photopsies, sensibilité à la pression dans la région ciliaire, sensibilité à la lumière, etc. Cette évolution, nous l'avons étudiée dans la myopie moyenne ; mais les lésions du pôle postérieur constituent une aggravation très notable du processus ; ces lésions, souvent dénommées atrophies choroïdiennes, parce qu'on les observe à la période ultime de cicatrice choroïdienne, sont dues à des causes diverses ; certaines sont syphilitiques et peuvent, si elles sont prises à temps, rétrocéder grâce au traitement spécifique. Mais quand l'atrophie est constituée, quand le tissu a été remplacé par une cicatrice, on ne peut espérer la reconstitution des tissus détruits.

La sclérotique se laisse distendre ; de plus on a souvent dit que le décollement était favorisé par un défaut d'extension de l'hyaloïde incapable de suivre la distension scléroticale, et qui se détache du pourtour de la papille.

On a cependant signalé des cas de décollement hyaloïdiens, ou plutôt de liquéfaction presque complète du corps vitré, sans décollement rétinien concomitant.

c) Décollement rétinien myopique avec lésions importantes du corps vitré. — Les exsudats produits à l'occasion des poussées de cyclite pénètrent par dialyse dans le corps vitré et s'y coagulent. Un certain nombre de ces exsudats restent à l'état pseudo membraneux, les autres s'organisent en néo-membranes persistantes et rétractiles, disséminées au milieu des fibrilles normales de la trame vitrée. La multiplicité de ces néo-membranes rétractiles tend à produire des phénomènes de rétraction générale du vitreum, et de rétraction de l'hyaloïde, où sont attachées un grand nombre de fibrilles vitrées. La condensation et la rétraction de la trame du corps vitré s'accompagnent souvent d'une modification de l'humeur vitrée qui perd de sa consistance et devient plus fluide.

Les phénomènes de rétraction fixent alors la rétine dans sa position vicieuse et s'opposent à la cure du décollement, quels que soient les moyens thérapeutiques employés ; dans ces cas, la rétine étant immobilisée en position vicieuse, ce serait la choroïde et la sclérotique qui devraient venir, après évacuation de l'exsudat, s'appliquer sur la rétine décollée.

Beaucoup d'auteurs n'admettent pas l'action primitive d'une inflammation localisée, mais font jouer le principal rôle à une lésion du corps vitré amenant sa rétraction et le décollement de la membrane nerveuse. Pour Leber, le corps vitré primitivement atteint se rétracte et en se condensant, exprime un liquide qui déchire la rétine et la soulève.

De Wecker soutient la même théorie.

Schweigger considère la déchirure de la rétine après rétraction du corps vitré comme facteur presque indispensable pour la production du décollement. Quoi qu'il en soit, primitive ou secondaire, les altérations du corps vitré, rétraction et fluidification, existent, et rendent suffisamment compte de la difficulté du processus de guérison sans qu'il soit utile d'y insister ; dans de pareilles conditions, la rétine immobilisée ne saurait en aucune façon reprendre sa situation normale.

§ 2. — Décollement par soulèvement

Pour que cette forme se produise, il faut qu'une masse solide ou liquide vienne soulever la rétine. Parmi les masses solides, nous trouvons les tumeurs de la choroïde et le gliome de la rétine. Dans ces cas, la tension oculaire est augmentée. Ce caractère est constant, du moins à une période assez avancée, tandis que dans les décollements essentiels elle est ou normale ou abaissée.

Dans une autre série de cas, on a rencontré la production

d'une effusion séreuse entre la rétine et la choroïde, ainsi que des hémorragies qui proviennent ordinairement de la choroïde, et qui sont généralement dues à une contusion du globe oculaire.

Le décollement traumatique peut se produire sans rupture des membranes de l'œil, ou avec rupture des membranes internes, ou avec plaie des membranes oculaires. La première de ces variétés est la plus curable, la seconde l'est moins, les autres sont pour ainsi dire incurables.

Dans le décollement traumatique qui offre le plus de chances de guérison, le choc ayant eu lieu sur l'hémisphère antérieur du globe, il se produit un exsudat sanguin provenant ordinairement de la choroïde, eu égard à la grande vascularité de cette membrane. Le décollement sans déchirure rétinienne apparaît plus souvent quand l'épanchement a sa source dans la région postérieure que lorsqu'il réside dans la région antérieure, à cause de la faiblesse des connexions qui unissent la rétine et la choroïde au voisinage du nerf et de l'épaisseur de la rétine à cet endroit, tandis qu'à la région de l'ora serrata, la vascularisation de la choroïde et l'amincissement de la rétine rendent compte de la facilité avec laquelle celle-ci se perfore, ce qui permet à l'effusion sanguine de communiquer alors avec le corps vitré.

L'hémorragie rétinienne offre peu de tendance à pénétrer dans le corps vitré, mais, par suite de l'organisation particulière des fibres du tissu connectif et de la résistance offerte par la limitante interne, elle s'étend plutôt en surface entre la choroïde et la rétine et cause ainsi le soulèvement de cette dernière membrane. L'exsudat sanguin ou séro-sanguin ayant la possibilité de s'accumuler dans le globe parce que la sclérotique est dans une certaine mesure extensible, la tension oculaire est légèrement augmentée.

Au point de vue de l'évolution, ce décollement traumatique se comporte comme le décollement dit spontané : le liquide

tend à fuser entre la choroïde et la rétine vers la partie inférieure de l'œil.

La rétine primitivement décollée se recolle à mesure que l'exsudat descend, et reprend ses fonctions au moins en grande partie ; excepté toutefois si la macula a été décollée, auquel cas la vision centrale et la lecture restent perdues, malgré le réaccolement.

Les dernières phases du décollement traumatique sont identiques aux dernières phases du décollement myopique, qui ont été exposées.

L'effusion séreuse qui donne lieu au décollement de la rétine peut être le résultat d'un processus inflammatoire ou d'un obstacle au retour du sang veineux, comme dans l'exophtalmos dû aux tumeurs orbitaires.

On a observé de même le décollement à la suite d'œdème de la rétine ; la sérosité des cavités sépare cette membrane en deux lamelles. Cependant le diagnostic du décollement de la rétine peut être facilement confondu avec celui de l'œdème, à cause des proportions que prend ce dernier et qui sont portées à ce point que l'épaisseur de la rétine en est doublée ou même triplée. De plus, comme cet œdème occupe généralement une région assez circonscrite, il se peut très bien qu'à l'ophtalmoscope on le prenne pour un décollement commençant de la rétine.

Le corps vitré subit lui aussi des altérations ; il diminue de volume, se rétracte et fixe, comme nous l'avons dit à propos du décollement myopique, la rétine dans sa position vicieuse. Que cette action soit primitive ou secondaire, au point de vue thérapeutique le résultat obtenu est absolument le même ; on se trouve dans l'impossibilité de ramener la rétine contre la choroïde.

Les expériences d'Iwanoff et de Gouvêa, ont démontré qu'une perte d'humeur vitrée n'était pas indifférente, qu'elle détermine une diminution de la pression intra-oculaire qui

se fait également sentir sur les vaisseaux de l'œil, et, comme conséquence, une transudation séreuse ; c'est ainsi que l'on a observé des décollements à la suite de perte de corps vitré dans l'opération de la cataracte.

Enfin l'extraction du cristallin peut amener le décollement de la rétine par simple détente, alors que la perte du corps vitré serait nulle.

§ 3. — Décollement par attraction

Ce décollement s'effectue quand le corps vitré, perdant de son volume, entraîne avec lui la membrane nerveuse ; on le rencontre encore quand une cicatrice de la sclérotique comprend, dans sa rétraction, la rétine qui se décolle dans un point éloigné. Les causes sont dues à des blessures de la sclérotique dans la région de l'équateur de l'œil, au séjour de corps étrangers, à la pénétration d'instruments tranchants ou piquants.

On peut également ranger dans cette catégorie l'action produite par le cristallin récliné, lequel agit à l'instar d'un corps étranger, et provoque des inflammations de la rétine, de la choroïde et du corps vitré, qui donnent naissance à une prolifération de tissu connectif, s'étendant dans le reste de l'humeur vitrée. La rétraction du tissu cellulaire doit être encore invoquée pour expliquer les décollements consécutifs aux blessures de la sclérotique dans les régions équatoriales de l'œil.

Schweigger (1), Schiess, Gemuseus et H. Müller, ont décrit depuis longtemps la transformation du corps vitré en tissu fibrillaire. Les opacités qui se forment autour d'un corps étranger, sont la conséquence d'une prolifération de cellules rondes d'abord, et remplacées ensuite par d'autres cellules fusiformes.

(1) SCHWEIGGER. *Arch. für Augenh.*, Wiesbaden, XII, f. I, p. 52.

mes ou étoilées. On rencontre ensuite parmi elles de nombreuses fibres qui s'étendent dans le reste du corps vitré et qui, adhérentes par une de leurs extrémités à la rétine, peuvent, par suite de rétraction, attirer cette membrane et la détacher.

De Wecker et de Jaeger pensent aussi que dans ces sortes de décollements produits par le ratatinement du corps vitré, la rétine se détache après avoir livré passage à travers une déchirure, au liquide accumulé entre elle et le corps vitré préalablement décollé.

En terminant ce chapitre, nous dirons quelques mots des décollements cliniques expérimentaux.

Raehlmann (1) injectant dans le corps vitré une solution aqueuse de chlorure de sodium à 6 ou 10 0/0 ne tarda pas à provoquer un décollement étendu ; l'injection faite au contraire avec de l'eau pure ne produisit aucune lésion. Il attribue ce résultat à des phénomènes d'osmose. Le vitré est entouré de toutes parts par la membrane chorio-capillaire dont la rétine le sépare ; n'ayant pas de vaisseaux propres, il se nourrit par des phénomènes endosmotiques qui s'accomplissent à travers la rétine et les parois capillaires.

La solution saline du vitré passe à travers la rétine et ce courant exosmotique appelle un courant endosmotique venu des capillaires et renfermant une notable quantité d'albumine, laquelle filtre difficilement à travers la rétine, s'accumule au-dessous de cette membrane et la décolle. (Le liquide du décollement renferme une notable quantité d'albumine (Bowman, et même de la fibrine (Ruduen).

Dans le décollement essentiel, le processus serait analogue ; le corps vitré subit des modifications chimiques, d'où il résulte que le courant d'osmose physiologique ne se faisant plus à

(1) *Arch. für Opht.*, xxii : p. 232.

travers la rétine produit une hydropisie qui soulève cette membrane.

Leber, reprenant cette expérience, produisit un décollement en injectant une solution physiologique de sel marin à 0.75 pour cent. Partant de là, il soutient que la lésion peut facilement être expliquée par la rétraction du corps vitré faisant suite à son irritation par le chlorure de sodium sans qu'on puisse invoquer la théorie de l'osmose.

Leber, en introduisant dans le corps vitré d'animaux des fils oxydables aseptisés, aurait provoqué constamment des décollements avec des déchirures.

Enfin le Professeur Panas, dans ses expériences avec la naphtaline, a constaté dès le début un double décollement rétinien et hyaloïdien. A une période plus avancée, tous ces petits soulèvements se confondent, pour détacher la rétine dans une grande étendue, mais sans jamais provoquer de déchirures.

Le décollement une fois produit, quel qu'en soit le point de départ, suit une évolution constante qui aboutit dans l'immense majorité des cas au décollement en convolulus dont le dernier degré est l'atrophie bulbaire.

CHAPITRE IV

Traitement.

Comme nous l'avons dit au début de ce travail, on a institué tour à tour contre le décollement de la rétine tous les traitements possibles, nous dirons même imaginables.

Naguère les épanchements sous-rétiens passaient pour incurables ; plus tard, quand on eut appris, grâce à quelques cas de guérison spontanée, que la réapplication des membranes suffit pour rétablir la perceptivité rétinienne, on essaya de provoquer cette réapplication par la résorption du liquide au moyen des antiphlogistiques, des dérivatifs et des résolutifs. L'expectation n'a pas été complètement abandonnée par tous les ophtalmologistes ; quelques-uns, absolument découragés par les insuccès auxquels aboutissaient les traitements tour à tour préconisés par les autres et par eux-mêmes, en sont venus à se demander s'il ne serait pas préférable de laisser tranquilles les malades atteints de cette affection sans leur infliger une médication qui n'est pas sans porter quelquefois atteinte même à la santé générale, et se contentent de prescrire un traitement hygiénique et reconstituant : bon régime, grand air, marche, etc.

La guérison spontanée du décollement n'est d'ailleurs pas chose absolument rare ; même un décollement myopique, qui entre tous est le plus rebelle, peut disparaître. Enfin il y a des cas où la rétine ne se réapplique que provisoirement pour

se décoller ensuite de nouveau au bout d'un temps plus ou moins long.

Thompson (1) a rapporté l'histoire d'un cas de guérison spontanée d'un décollement traumatique. M. Terson observa un décollement considérable chez une dame de 50 ans à la suite d'un coup violent contre un meuble. Le seul traitement institué fut le repos en position horizontale durant 6 semaines. Trois mois après la guérison était complète.

Dans une polémique dirigée contre Logetchnikoff qui s'était montré très sceptique à l'égard des faits de guérison du décollement rétinien apparaissant de temps à autre dans la littérature, Adamück (2), à part les deux faits de guérison qu'il avait relatés deux ans auparavant, cite encore 7 cas semblables.

Sur 29 cas observés, il a noté 9 fois une disparition du décollement ; plusieurs de ces observations ont trait à des décollements myopiques, et dans l'un il y avait même participation de la couche pigmentaire. Cependant ces malades n'ont été astreints au décubitus que pendant une semaine.

Dans deux cas le décollement était survenu à la suite d'une perte considérable de corps vitré liquéfié lors d'une opération de cataracte ; la membrane nerveuse s'est cependant remise en place et a recouvré ses fonctions. Adamück a eu ainsi 31 0/0 de guérison dans les cas de décollement rétinien.

Logetchnikoff (3) émit l'opinion que dans les cas de guérison de décollements survenus pendant la grossesse ou au cours d'un accouchement, il s'agissait simplement d'un œdème aigu de la rétine ; Adamück, se rangeant à l'avis de ceux qui admettent la possibilité de l'apparition d'un décollement à la suite d'une albuminurie aiguë et qui prétendent en avoir vu la guérison, rapporte une observation très concluante : il s'agit

(1) THOMPSON. *Arch. of. Opht.*, janvier.

(2) ADAMÜCK, *Wiestnik ophthalmologii*, N° juillet-Octob. 1892.

(3) LOGETCHNIKOFF. *Wiestnik opht.* mars-avril 1890.

d'une femme qui sortant d'un accès d'éclampsie survenu au huitième mois de la grossesse et ayant duré quelques heures, présentait un décollement en entonnoir des deux rétines. Après un accouchement prématuré, la rétine s'est réappliquée au bout d'une semaine et la malade a complètement recouvré la vue quelques semaines après (1).

Müglich (2) a réuni 136 terminaisons heureuses de décollements dûs à des causes diverses. M. Dor, à la *Société française d'ophtalmologie* (1893) cita un cas dont l'observation est assez intéressante pour mériter d'être rapportée.

« Un individu non myope fut atteint d'un double décollement à la suite d'un accident. Quand je l'observai, *beaucoup plus tard*, il existait à gauche de larges cicatrices d'un décollement ancien et à droite d'un décollement partiel. Le malade était presque aveugle. Il resta 7 ans 1/2 dans cette situation, puis, sans traitement spécial et à l'occasion particulièrement suggestive d'un voyage à Lourdes, les phénomènes s'amendèrent et la vue revint très satisfaisante. O D. V = 1 O G. V = 2/7. Je l'examinai à l'ophtalmoscope, je trouvai des cicatrices, mais je constatai que la rétine s'était recollée. »

Au congrès des Médecins russes tenu à Saint-Petersbourg, (séance du 29 décembre 1893) M. Natanson présenta une malade avec une guérison spontanée d'un décollement rétinien survenu chez elle à l'âge de 35 ans. La réfraction était de 4 D. — A ce propos, le Pr Donberg déclara avoir observé trois cas de guérison spontanée de décollement myopique.

Malgré que de temps à autre, on signale un cas de guérison spontanée, l'expectation est une méthode qui laisserait si souvent les choses en l'état qu'elle ne peut être recommandée dans tous les cas ; un traitement actif est nécessaire, à con-

1) ADAMÜCK, *Wiestnik ophtalmologii*, juillet-oct. 1891.

(2) MÜGLICH. Inaug. Diss. — Marburg, 1891.

dition qu'il ne soit pas dangereux et qu'il soit appliqué dans des cas soigneusement délimités. Le traitement du décollement peut être divisé en médical et chirurgical.

§ 1. — **Traitement médical.**

Les premiers ophtalmologistes qui essayèrent de traiter le décollement eurent surtout recours aux dérivatifs, aux substitutifs, aux antiphlogistiques. Quelques succès relatifs publiés par Liebreich, de Wecker et Sichel, s'appuient sur des applications de sangsues, de ventouses sèches ou de la ventouse d'Heurteloup, reprise récemment par M. Dor, (1) à la tempe ou à l'apophyse mastoïde du côté malade ; sur les purgatifs, le calomel à dose fractionnée, les pilules de sublimé, les diurétiques, les pédiluves.

C'est à M. Dianoux (de Nantes), que l'on doit le premier traitement médical rigoureusement établi. Il pose d'abord en principe que le décollement rentre dans la classe des hydroopies aiguës. « Ceci posé, le traitement en découle. La ponction se place au même rang que la thoracentèse par exemple. Or, ponction de l'œil, ponction du péricarde, quel médecin ne leur préférera avant tout et à juste titre, les révulsifs et surtout les dérivatifs ? Si pour l'œil il existe un dérivatif par excellence, c'est assurément la pilocarpine, et la thérapeutique doit consister à déterminer un courant continu de liquide vers les régions voisines.

« Pour que l'action de la pilocarpine se manifeste d'une façon continue, les injections seront pratiquées quotidiennement, pendant 10 à 15 jours consécutifs ; on accordera alors 10 jours de repos, puis le traitement sera repris jusqu'à ce que l'état soit devenu stationnaire ; il n'y a dès lors plus rien à obtenir de cette thérapeutique. »

(1) DOR. *Congrès d'Opht.*, de Paris, 1895.

Les injections étaient faites à doses suffisantes pour obtenir une salivation abondante d'une heure de durée au moins ; on débutait généralement par 6 gouttes d'une solution de nitrate de pilocarpine de 0,20 cent., pour 4 gr. d'eau distillée. Les injections étaient faites à la partie postérieure de l'avant-bras, à jeun, et au moins une heure et demie avant le repas, pour éviter les digestions difficiles et même les vomissements. Généralement le traitement était bien supporté.

Cependant la pilocarpine n'était pas sans provoquer des troubles gastriques et de l'abattement pouvant aller jusqu'à la syncope.

De plus les résultats de cette thérapeutique ne furent malheureusement pas satisfaisants. M. Dianoux disait lui-même en 1885 (1) « Depuis plus de dix ans, j'ai employé avec opiniâtreté la pilocarpine ; j'ai obtenu quelques succès et beaucoup de revers. »

Ces injections ne sont restées que comme un adjuvant des autres moyens médicaux ou chirurgicaux et même, si l'on tenait à obtenir une diaphorèse abondante devrait-on donner la préférence au drap mouillé. Les saignées locales pourront avoir quelque utilité dans les cas de décollements symptomatiques des phlegmasies franches de la rétine et de la choroïde.

Si la syphilis peut être incriminée on donnera surtout du mercure et s'il y a lieu, de l'iodure de potassium.

Si c'est l'arthritisme qui est en cause, on emploiera les iodures alcalins et les salicylates de soude ou de lithine.

Dans les cas de décollements hémorragiques, chez de jeunes sujets, on donnera des reconstituants capables de modifier l'état du sang et on pourra ajouter les injections sous-cutanées d'ergotine.

Dans le décollement albuminurique, c'est le mal de Bright, première cause du mal, qu'il faudra viser avant tout.

(1) *Soc. fr. d'ophth.* séance du 27 janvier 1885.

Un des principaux adjuvants de ce traitement médical est le repos au lit, dans le décubitus horizontal ; cette position doit être conservée le plus longtemps possible ; inutile de dire l'intolérance que l'on rencontre chez la plupart des malades dont les forces physiques et morales sont vite abattues et qui n'ont pas toujours la patience de se soumettre à un traitement aussi long et aussi pénible avec aussi peu de chances de guérison.

En même temps que le repos, on ordonne généralement au malade de porter un bandeau compressif ; malheureusement ce moyen n'a fourni dans la plupart des cas que des améliorations passagères ; il est très difficilement supporté, et au bout d'un certain temps il devient intolérable.

Signalons en finissant l'emplâtre de thapsia préconisé par M. Galezowski ; cet auteur applique un thapsia sur le front tous les huit jours et il rapporte un cas de guérison après le *trente-cinquième* thapsia (1).

Le traitement médical ne doit pas être abandonné ; sa nature sera choisie d'après la cause même du décollement et viendra contribuer pour une grande part au succès d'une thérapeutique chirurgicale.

§ 2. — Traitement chirurgical

Tout traitement chirurgical aura pour but de vider tout au moins le liquide contenu dans la poche du décollement pour favoriser la réapplication de la rétine contre la choroïde.

Ponction — Sichel, qui avait fait avec un certain succès la paracentèse oculaire par la sclérotique dans les inflammations internes, la dégénérescence hydrophthalmique, etc., proposa d'appliquer le même procédé au décollement de la

(1) *Soc. fr. d'opht.* ; Séance du 3 mai 1887.

rétime, plutôt dans le but de prévenir l'inflammation et d'alléger les douleurs ciliaires en diminuant la tension du globe que dans l'espoir d'arriver à la guérison (1).

Dix ans plus tard seulement la proposition de Sichel fut mise en pratique et Kittel, de Vienne, essaya par cette opération de réappliquer sur la choroïde la rétine décollée (2). Des ponctions répétées de la sclérotique procurèrent à un de ses malades une amélioration visuelle qui dura quatre mois.

A cette époque, on expliquait les décollements rétinien par une exsudation pathologique venue de la choroïde ; cette théorie compte encore aujourd'hui de très nombreux partisans.

La rétraction du corps vitré et la déchirure rétinienne, nouveaux éléments introduits dans la pathogénie de l'affection, ne pouvaient manquer d'influer sur son traitement.

De Graefe trouvait la ponction de la sclérotique peu rationnelle. Le plus souvent, l'affection est le résultat d'une choroïdite staphylomatense, d'une maladie du corps vitré ou de lésions équatoriales de la choroïde. Si donc, dit-il, dans de pareilles conditions il se produit une effusion sous rétinienne, même sous une pression normale de vitreus, la diminution de cette pression et la tendance à la reproduction du liquide seront la conséquence de la paracentèse.

Dans les cas exceptionnels où l'affection a été déterminée par des causes passagères, une hémorrhagie par exemple, l'évacuation du liquide peut naturellement réussir, surtout quand la tendance à sa reproduction est enrayée par un bandage compressif solidement appliqué et graduellement relâché.

Dilacération. — Bowman eut l'idée de donner au liquide épanché la faculté de s'échapper dans l'humeur vitrée, afin de

(1) SICHEL, *Clinique européenne*, 1850, n° 29.

(2) KITTEL, *Allgemeine Wiener medicinische Zeitung*, 1860, n° 23.

l'empêcher de continuer à cheminer entre la rétine et la choroïde. De Graefe pensa que grâce à cette libre communication, la pression de la cavité sous rétinienne devait s'équilibrer avec celle du corps vitré et que d'autre part la tension supportée par la surface externe de la rétine détachée devait cesser ; de plus, le courant du liquide peut s'effectuer dans le corps vitré ; dans ces conditions, la cause de la transudation persistant, il ne doit pas en résulter nécessairement l'augmentation du décollement. Souvent, en effet, tout le liquide accumulé derrière la rétine vient se jeter dans le corps vitré, et augmentant ainsi la pression sur la face interne de la rétine, favoriser le retour de cette membrane dans sa position normale. S'il existe un staphylome progressif du globe, la solution de continuité permet à la rétine de suivre la choroïde et empêche l'extension du décollement. On ne courra pas les risques, si fréquents dans cette affection, de voir survenir, à la suite de la diminution de pression, des épanchements sanguins intra-oculaires, comme dans la paracentèse scléroticale.

C'est en se basant sur ces considérations que de Graefe et Bowman ont été amenés à obtenir artificiellement une communication permanente entre le corps vitré et la poche sous-rétinienne.

Les résultats de cette opération furent quelquefois satisfaisants ; mais les renseignements fournis sur les malades opérés de cette manière n'ont de signification sérieuse que lorsqu'ils comprennent une période de deux années au moins, et l'on est resté muet sur l'issue définitive.

De Graefe faisait la dilacération de la rétine au moyen d'une aiguille à double tranchant, dont le col devait être assez fort pour obturer la plaie.

Bowmann (1) modifia cette méthode opératoire ; il introduisit deux aiguilles analogues aux aiguilles à dissection ; il les

(1) *Opht. Hosp. Rep.* 1846 ; N° 19 p. 133.

introduisait séparément en traversant la sclérotique, l'épanchement et la rétine décollée jusqu'au centre de l'œil. Plus les deux points de ponction sont éloignés l'un de l'autre, et plus aussi l'opérateur a de chances d'ouvrir largement la rétine en écartant les pointes des instruments.

Ce procédé, modifié, fut repris par de Wecker. Dans le but de faire écouler au-dehors le liquide sous rétinien et pour établir entre la poche rétinienne et le corps vitré une communication directe, ce chirurgien se servit d'abord d'une aiguille-trocart munie d'un arrêt que l'on pouvait fixer à une distance variable de la pointe. Il l'enfonça entre les tendons des muscles droits externe et supérieur à 8 millimètres environ du bord de la cornée et perfora de dedans en dehors la poche rétinienne en enfonçant l'instrument à une profondeur de 15 à 18 millimètres ; le liquide sous-rétinien s'écoulait au-dehors à travers la canule dès qu'on retirait l'aiguille ; lorsque l'écoulement commençait à se ralentir, on enlevait la canule elle-même en lui imprimant un mouvement de bascule analogue à celui que de Graefe communiquait à son couteau.

Le siège de la ponction, comme le fit remarquer Bowmann, étant en un point opposé au décollement, on risquait de faire épancher au dehors l'humeur vitrée au lieu du liquide sous rétinien. Aussi l'auteur lui-même abandonna-t-il bientôt son procédé.

En 1867, M. de Wecker avait renoncé aux dilacérations de la rétine et se contentait, dans certains cas, de pratiquer directement l'aspiration du liquide épanché.

C'est alors que l'on revint aux ponctions sclérales de Sichel, mais cette fois dans le but de rendre la vision, d'évacuer simplement le liquide sous rétinien et de renoncer à toute opération qui devait contribuer à léser le corps vitré. Ce changement d'opinion fut motivé par les travaux d'Iwanoff et de Gouvêa qui démontrèrent le rôle de la rétraction du corps vitré dans la production du décollement.

On abandonna définitivement les opérations de de Graefe et de Bowmann et voici comment M. de Wecker (1), décrit la ponction sclérale en 1870.

« Les travaux de MM. Iwanoff et Gauvêa, disait-il, ont pleinement confirmé l'idée que je m'étais faite moi-même, dans ces derniers temps, de l'opération du décollement de la rétine et de la nécessité formelle où l'on était de ménager le corps vitré. En effet, attendu que c'est le retrait de ce milieu qui joue ici un rôle capital, il faut éviter avec un soin tout particulier de hâter ce retrait par une blessure étendue ou même par une dilacération de sa trame. A mon avis, le déchirement de la rétine ne doit pas être pratiqué à travers le corps vitré, suivant la méthode de de Graefe, mais en procédant du côté du liquide sous rétinien. L'instrument le plus propre à faciliter une pareille ouverture est un couteau à cataracte extrêmement effilé, modèle de de Graefe. Avec ce couteau on pénètre à travers la sclérotique au dessous du décollement (au dessus s'il siège à la partie supérieure) et dans tous les cas aussi périphériquement que le permettent l'emplacement du décollement et la rotation de l'œil. En enfonçant, suivant la hauteur du décollement, le couteau à une profondeur variable dans l'œil, on fait passer la pointe à travers la rétine détachée, de façon qu'elle plonge dans le liquide sus-rétinien. Avant de retirer l'instrument et pour faire passer sous la conjonctive le liquide accumulé derrière la rétine, ayant imprimé au bistouri un quart de rotation, on le maintient quelques instants dans cette dernière position, puis on le ramène en place et on le retire : » Le docteur Landolt (de Paris) (2) opère de la même façon et complète le traitement au moyen d'un pansement compressif et du repos longtemps continués.

(1) *Traité des maladies du fond de l'œil*, p. 437.

(2) *Congrès internat. des sciences médicales* tenu, à Washington. Séance du 8 septembre.

« Mais, ajoute M. de Wecker, on prend soin pendant que le liquide s'écoule, de presser légèrement sur le globe de l'œil pour éviter une tension trop considérable dans les vaisseaux intra-oculaires ».

On était, comme on le voit, déjà préoccupé de la détente de l'œil et de la rupture vasculaire à laquelle elle pouvait donner lieu en déterminant des hémorragies intra-oculaires désastreuses pour la vision qui persiste encore en dépit du décollement.

M. A. Weber (1) pour éviter cet accident, se servit d'un instrument qui ressemblait à une seringue de Pravaz, « munie d'une canule extrêmement fine à laquelle vient s'adapter à 4 ou 5 millimètres de distance, une seconde canule, de manière à former ensemble vers l'extrémité une aiguille qui va en s'épaississant en arrière. La canule la plus courte doit pénétrer dans l'espace sous rétinien et amener le liquide au dehors ; par la plus longue, on fait pénétrer du liquide dans le corps vitré de façon à presser l'épanchement sous rétinien vers l'extérieur ». Inutile de dire combien l'instrumentation et l'exécution opératoire ont soulevé de difficultés presque insurmontables en opérant par tatonnements et non en suivant du regard la marche des deux canules.

M. de Wecker (2) pratiqua ensuite les ponctions à l'aide d'un sclérotome à canule qui permettait au liquide de s'écouler au dehors au lieu de s'accumuler sous la conjonctive.

Ces ponctions ont été adoptées par Alf-Graefe, qui insiste particulièrement sur la détermination exacte de la ponction et sur la nécessité d'éviter de toucher par une ponction trop profonde à la rétine, de crainte d'augmenter le décollement.

M. Galezowski eut recours à un instrument qui ressemblait au couteau à cataracte de de Graefe, mais à double tranchant

(1) *ARLT. Graefe-Samisch*, T. III, p. 372.

(2) *Chirurgie oculaire*, p. 229.

et muni d'une cannelure pour faciliter l'écoulement du liquide. Les résultats ne furent pas satisfaisants.

Wolfe en 1883 (1) modifia le procédé en faisant une incision de 6 à 8 millimètres entre le droit externe et le droit inférieur.

Cette méthode opératoire amenait bien dans certains cas la réapplication de la rétine, mais les résultats ne se maintenaient pas. Presque toujours la lésion se reproduisait très vite.

Drainage de l'œil. — Pour remédier à cet inconvénient, de Wecker tenta de traverser la sclérotique au dessous de décollement par un fil d'or vierge, dans le but de laisser écouler au dehors d'une manière continue le liquide sous rétinien (2). Des malades ont gardé 10 ans leur anse en or en se servant de leur œil, le décollement étant resté stationnaire. C'est l'impossibilité d'obtenir à côté du fil une filtration continue, et l'enkystement en quelque sorte inévitable des extrémités du fil au point où il traverse les membranes qui lui firent abandonner le drainage (3).

Pour tourner cette dernière difficulté, M. de Wecker remplaça son drain par de petites canules en or de 3 ou 4 millimètres munies à l'extrémité destinée à reposer sur la sclérotique, de quatre ailerons disposés en croix pour empêcher la

(1) *Bull. et Mém. de la Soc. fr. d'opht.* 1883. p. 74

(2) *Chirurgie oculaire* p. 252.

(3) Le drainage de l'œil n'est d'ailleurs pas une idée nouvelle. D'après Sprengel l'application du séton à l'œil même était connue des Chinois et des Japonais.

Woolhouse introduisait fréquemment un séton dans la chambre postérieure. Pellier de Quengsy employait également le séton oculaire constitué par un fil laissé à demeure, dans les leucomes et dans l'hydrophthalmie (*Etude sur Pellier de Quengsy*) par A. Terson (Paris, G. Steinheil, 1895). Mais, bien entendu, le séton ne paraît pas avoir été employé dans le décollement rétinien.

canule de glisser dans l'œil. La conjonctive et la capsule sont suturées au devant de la canule qui ne peut plus ainsi ni entrer ni sortir.

Suture de la rétine. — En 1871, M. Galezowski cherchant à obtenir une adhérence artificielle entre la choroïde et la rétine décollée pratiqua l'opération suivante :

Une incision 3 de à 4 millimètres fut faite à l'aide du couteau de de Graefe sur la sclérotique, à 1 centimètre du bord de la cornée. La serretelle de Desmarres, introduite dans cet orifice saisit la rétine flottante qu'on apercevait distinctement à travers la pupille dilatée. La membrane nerveuse fut attirée et fixée au niveau de la plaie. Les suites de l'opération furent très simples et le champ visuel s'agrandit considérablement. Ce procédé n'a pas dû fournir à son auteur tous les résultats qu'il en espérait car il l'abandonna bientôt.

Il a cependant repris encore dans ces derniers temps l'idée de fixer mécaniquement la rétine décollée à la sclérotique au moyen d'une suture avec un fil de catgut (1).

En faisant la ponction en arrière du cercle ciliaire et la contre ponction très loin dans le segment postérieur du globe, il passe le fil à travers la rétine flottante et pratique ainsi une sorte de suture.

Les fils sont laissés 10 jours en place et au bout de ce temps on les coupe à la surface de la sclérotique. M. Galezowski a pratiqué cette opération sur 11 malades. Chez l'un d'eux il a eu une hémorragie dans la chambre antérieure et un épanchement très fort dans le corps vitré. Chez quatre autres le résultat opératoire lui paraît très satisfaisant.

M. Gorecki expérimenta ce procédé, mais eut des accidents irritatifs du côté du corps vitré.

Aspiration — La ponction aspiratrice avait déjà été pra-

(1) *Rev. d'ophth.*, mai 1889, p. 300.

tiquée en 1867 par M. de Wecker, M. Galezowski réédita le procédé (1).

L'instrument consiste en une seringue d'aspiration. Il introduit l'aiguille assez loin du corps ciliaire et la fait passer dans le globe à une certaine distance. Puis, il fait le vide avec son piston. « Si l'aiguille est allée trop loin, il ne paraîtra pas de liquide dans la seringue, mais en la retirant il en apparaîtra petit à petit et on en retirera 1 gr. à 1 gr. 1/2; il n'y a pas d'inflammation après l'opération. »

Si tout veut bien se passer aussi simplement que le dit l'auteur, le manuel opératoire n'est pas bien compliqué; de plus un décollement qui contient de 1 gr. à 1 gr. 1/2 de liquide nous paraît devoir dépasser la limite des décollements habituels. Les résultats auraient été plus que satisfaisants puisque sur 17 de ses opérés, deux guérissent complètement et tous furent améliorés.

Dans les cas anciens, pour aider la rétine à reprendre sa position normale, il introduit une aiguille courbe d'arrière en avant à travers la sclérotique et la rétine décollée avant de faire l'aspiration; lorsque le liquide a été retiré, il fait passer un fil de catgut qui agit comme seton.

Les résultats obtenus par cette méthode, quelles qu'aient été du reste ses modifications, se sont montrés fort inconstants, et parfois même très peu satisfaisants. De Graefe pratiqua sur 50 malades cette parentèse de l'œil et de la poche sous-rétinienne. La moitié de ses opérés bénéficia d'une amélioration temporaire qui dura à peine de 4 mois à 1 an. Une seule fois l'amélioration se maintint pendant 2 années.

Secondi cite un cas dans lequel la guérison persistait encore cinq années après l'opération. Arlt a vu un de ses malades ne pas présenter de récédive au bout de 14 mois. Hirschberg

(1) *Congrès de Washington*, 8 septembre 1887.

dit également avoir obtenu par ce procédé deux guérisons. M. de Wecker a pu constater des améliorations assez marquées mais aucun de ses opérés n'a bénéficié de cette opération au-delà d'une année. Il a même vu ainsi qu'Hirschmann (1), un cas d'irido-choroïdite purulente suivie d'atrophie du globe oculaire, par défaut, il est vrai, de précautions antiseptiques alors inconnues.

Iridectomie. — En 1872, M. Galezowski (2), pour expliquer l'utilité de l'iridectomie dans cette affection, cherche à démontrer que le décollement de la rétine des yeux myopes, présente une analogie avec le processus glaucomateux des yeux emmétropes et hypermétropes.

Dans les yeux myopes, le corps vitré ramolli favorise le détachement de la membrane nerveuse et l'épanchement se fait en arrière de celle-ci.

Dans les yeux emmétropes et hypermétropes, le corps vitré, par sa consistance, ne permet pas ce décollement et l'épanchement se fait alors dans le vitré lui-même, produisant ainsi le glaucome. Le processus morbide est donc le même; la différence d'effet vient de la différence de consistance du corps vitré.

C'est là la théorie inflammatoire que nous avons exposée en détail au chapitre de la pathogénie; et c'est de cette théorie que naquit un nouveau mode d'intervention, l'iridectomie.

Déjà en 1869 M. Fano avait pour la première fois appliqué l'iridectomie au traitement du décollement de la rétine. L'opération ne donna aucun résultat. Dix ans après cet ophtalmologiste reprenait la même opération (3), non pas tant dans le but de guérir le décollement que pour obtenir une amélioration de la vision. Voici quelle était la pensée de l'auteur :

(1) *Klin. Monats.* T. IV, p. 231

(2) *Journ. d'ophl.* 1872, p. 94.

(3) *Journal d'oculistique*, septembre 1879.

le sac rétinien décollé flottant en arrière de la pupille, joue le rôle d'un écran par rapport à celle-ci. En faisant une nouvelle pupille aux dépens d'une portion d'iris à l'opposé du siège du décollement, les rayons lumineux peuvent arriver sur une portion de rétine saine.

Dans quelques cas où les malades opérés par iridectomie ont accusé une amélioration de la vision malgré la persistance du décollement, ce mécanisme pourrait être invoqué.

Galezowski (1) pratiqua l'iridectomie dans le but de guérir l'affection ; les premiers essais parurent lui donner d'excellents résultats puisqu'il aurait observé dix cas favorables sur quatorze malades (2). Poncet crut même remarquer l'influence heureuse de l'iridectomie sur les troubles du corps vitré ; plus tard il modifia même sa façon de procéder, et en 1885 (3), il disait : « Lorsque la pilocarpine, l'iridectomie n'ont pas donné de résultat, c'est qu'il existe encore un exsudat entre la sclérotique et la choroïde, comme je l'ai démontré. Je proposerai dans ces cas, l'iridectomie une fois faite très périphérique, d'aller avec une spatule décoller les procès ciliaires et la choroïde de la sclérotique et d'ouvrir une voie au liquide choroïdien ».

Cette idée avait tout au moins le mérite de l'originalité mais l'opération n'a jamais été tentée sur le vivant ; les résultats qu'elle pouvait fournir sont au moins beaucoup trop aléatoires.

M. Dransart ayant été amené à pratiquer une iridectomie sur un œil entièrement perdu pour la vision, douloureuse, à tension élevée, et présentant un leucome avec synéchie antérieure, le tout compliqué d'un vaste décollement, vit cesser les douleurs et disparaître le décollement. En même

(1) *Jour. d'Oph.* 1872, p. 594.

(2) *Soc. fr. d'oph.* Séance du 27 janvier 1885.

(3) *Soc. fr. d'oph.* 1885 séance du 27 janvier.

temps le malade voyait son acuité visuelle augmenter d'une façon très sensible.

M. Dransart n'instituait pas un traitement purement chirurgical ; trois facteurs entraient en jeu : 1^o Iridectomie avec repos au lit ; 2^o bandage compressif 3^o pilocarpine (4 ou 5 injections par malade). L'iridectomie et le repos au lit sont les deux facteurs principaux. La statistique qu'il fournit rapporte un quart de guérison ; le tiers des malades restants est sensiblement amélioré.

D'après M. Dransart, l'iridectomie n'agit pas par filtration directe, mais par action générale sur la circulation intra-oculaire.

Bettremieux (1) cite quatre observations où l'iridectomie seule a procuré deux succès rapides et complets, un insuccès prévu sur un décollement datant de 13 mois et enfin un quatrième cas où le résultat était nul après cinq semaines.

Puech (2) rapportant dans sa thèse une statistique du professeur Badal, concernant 7 malades atteints de décollement et traités par l'iridectomie seule constate dans deux cas un résultat absolument nul ; chez les 5 autres opérés il y eut une amélioration passagère accusée seulement par le malade qui ne voit pas davantage, ne compte pas mieux les doigts, mais à qui les objets paraissent plus clairs.

Le professeur Piscopo, de Naples, obtint dans 6 cas une amélioration notable au moyen de l'iridectomie ; cette opération était accompagnée d'une application de ventouse à la tempe et d'une cure d'iodure de potassium.

Enfin en 1886, M. Dransart présenta à la Société Française d'ophtalmologie l'histoire de 15 opérations nouvelles de décollement de la rétine ; il conclut en disant que le décollement est une affection curable dans la grande majorité des cas par

(1) BETTREMIEUX *Arch. d'ophth.* 1886, p. 471.

(2) PUECH Th. Bordeaux, 1887.

l'iridectomie quand cette opération est faite dans le début de la maladie.

Ces résultats devaient être passagers tout au moins, s'ils n'étaient pas exagérés.

De Wecker dit en effet dans son traité d'ophtalmologie : « L'iridectomie nous a toujours donné des résultats défavorables ; si le danger de la détente inhérente à l'opération a été évité de façon que le décollement ne s'est pas accru, le repos et le bandeau compressif ont parfois amené une légère diminution du décollement, mais qui ne s'est pas maintenue. Encore cette année, j'ai pratiqué dans onze cas de décollement (dont deux récents) l'excision d'un large lambeau iridien et en ayant le plus grand soin d'obtenir une détente aussi lente et progressive que possible. Chez aucun des malades il n'y a eu amélioration, chez trois la vue diminua sensiblement après l'iridectomie et cela en dépit du décubitus dorsal observé pendant quatre à six semaines. Quel opérateur rencontrerait onze cas consécutifs de glaucome avec absence complète d'action curative et même réduction de la vision après l'opération ? »

En lisant la discussion qui suivit la communication si surprenante de M. Dransart, on voit que des confrères qui avaient cru à la guérison du décollement par l'iridectomie et l'avaient proclamée, en sont promptement revenus, ayant constaté comme nous l'action désastreuse de cette opération dans la majorité des cas. »

Pointes de feu. — Partant de l'idée que pour voir rétrograder le décollement ou le rendre stationnaire il faut tâcher d'obtenir une chorodite adhésive, M. Abadie (1), après la ponction de la sclérotique chercha, au moyen des pointes de feu, à obtenir des adhérences inflammatoires ; son but était

(1) *Arch. d'opht.* 1882. p. 463.

sinon de guérir le décollement d'une façon radicale, du moins de le maintenir dans un état stationnaire. De Wecker associa les pointes de feu au traitement médical (repos, decubitus, bandeau compressif, pilocarpine, préparations mercurielles.) Les pointes de feu, au nombre de 6 à 8 tous les huit jours étaient appliquées au-dessous du décollement.

Les résultats n'ont pas été plus satisfaisants qu'avec les autres méthodes.

Excision. — Nous rappellerons encore le procédé qu'imagina M. Parinaud ; ce traitement comprend les ponctions répétées, les sudations, et de plus, l'excision de la sclérotique. « L'œil étant fixé et la sclérotique mise à nu, j'enfonce dans sa profondeur un petit crochet à chalazion sans chercher à la transpercer, ce qui est difficile avec un crochet de petite courbure, puis avec le couteau de de Graefe, j'enlève un petit lambeau de 4 à 5 millimètres, de manière à obtenir une excavation en cupule qui arrivera sur la choroïde ou dans son voisinage. Le but est de rendre plus facile les ponctions, et surtout de retarder la cicatrisation. On pratique la ponction tous les 7 ou 8 jours sans inconvénients.

Dans un cas sur trois il y a eu guérison absolue et définitive avec retour du champ visuel ; le décollement datait de huit jours. » — Ce procédé opératoire n'a pas tenté les ophtalmologistes, car il n'est pas entré dans la pratique.

En 1887, les membres de la Société française d'ophtalmologie ont été invités à fournir sur fiches anonymes les résultats bons ou mauvais de leurs différents essais thérapeutiques.

Cette enquête a révélé ce fait considérable que la guérison des décollements de la rétine à ce moment, n'était que dans une proportion excessivement faible ; ce qui a fait dire à M. Poncet, rapporteur de l'enquête, qu'il n'existait pas en

(1) *Soc. fr. d'opht.* 1884. *Arch. d'opht.* 1884, p. 161.

réalité, de thérapeutique véritablement sûre du décollement de la rétine à cette époque. Ce jugement est de la plus haute importance pour le jugement impartial des innombrables essais tentés pour la thérapeutique du décollement. C'est du résultat de cette enquête que l'on partit pour diriger de nouveaux essais de guérison.

Injections irritantes. — Pour M. Abadie (1), la rétraction fibrillaire du corps vitré, dans la pathogénie du décollement n'est pas démontrée; si la rétine se détache, c'est qu'elle est inextensible et qu'elle ne peut suivre la sclérotique qui se laisse distendre grâce à l'élasticité de son tissu. Le traitement sera institué dans le but : 1° D'obtenir une adhérence de la rétine à l'endroit même de la ponction. 2° De s'opposer à la distension du globe. Ce double but, M. Abadie pensait l'atteindre par la ponction suivie d'une injection d'un liquide irritant qui provoquait une inflammation locale.

En 1879, M. Galezowski aspira le liquide sous rétinien et le remplaça par de la teinture d'iode. Les accidents inflammatoires qui se prolongeaient deux et trois mois à la suite de ce traitement, le forcèrent à abandonner la méthode.

En 1890. Schœler (2) se proposa d'agir directement sur le corps vitré en pratiquant dans ce milieu des injections de teinture d'iode; modifiant ensuite son procédé, il chercha à ne pas pénétrer dans le corps vitré et à faire l'injection dans la poche du décollement ou dans son voisinage. La formule du liquide employé était la suivante (3).

Eau distillée préalablement bouillie.....	5 gr.
Teinture d'iode.....	5 gr.
Iodure de potassium.....	0,25.

(1) *Bull. et mém. de la Soc. fr. d'opht.* 1888, p. 198

(2) SCHOLER. *Berlin. klin. Woch.* 1890. n° 34.

(3) DUBARRY. Thèse Paris 1889.

Sur 28 opérations il a eu 5 guérisons ; dans trois autres cas le décollement a subsisté, l'acuité visuelle seule s'est améliorée.

A la suite de l'injection le corps vitré se trouble, mais s'éclaircit bientôt.

Il n'est pas rare d'observer une cataracte blanche et molle à évolution rapide.

Essayé un peu par tous les ophtalmologistes, ce traitement n'a pas donné tous les résultats que l'on en attendait.

Schweigger (1), le considère comme très dangereux ; si l'on injecte seulement deux gouttes, dit-il, le résultat est nul, et si l'on arrive à 5 gouttes, il en résulte un trouble du vitreum, une violente choroïdite, et l'œil se trouve gravement compromis.

Pflueger sur cinq cas eut trois guérisons ; il n'y eut jamais d'aggravation.

M. le Professeur Panas (2) employa cette méthode et obtint de légères améliorations ; reste à savoir si la partie efficace du traitement revient à la ponction scléroticale ou à l'injection iodo-iodurée.

De Wecker n'a eu que des mécomptes avec ce traitement (3). « Je l'ai expérimenté, dit-il, et n'y reviendrai plus. L'injection d'eau bouillie simple en pareil cas, même est nuisible. Ce qu'il faut, c'est ne jamais toucher à un décollement de la rétine. »

Enfin Liebrecht (4) rapportant les résultats de 34 décollements de la rétine traités, dans la clinique de Schöler par les injections d'iode, fait remarquer que malheureusement les espérances que Schöler avait mises dans ce procédé ne s'étaient point réalisées.

(1) *Soc. opht. de Heidelberg*, 15 septembre 1889.

(2) *Soc. fr. d'ophtalmologie*, 1890.

(3) *Soc. fr. d'opht.* 10 août 1889.

(4) *Münch. med. Woch.* 1891 n° 14.

Électrolyse. — On était de nouveau désarmé en face de cette affection lorsque Schöler (1) proposa l'électrolyse comme nouveau moyen de traitement. Avant d'aborder l'étude de l'électrolyse dans le décollement, nous dirons un mot sur l'historique de l'emploi de ce moyen thérapeutique comme traitement des collections séreuses variées.

L'application de l'électrolyse bipolaire à la destruction des collections séreuses date d'une époque très éloignée.

Déjà en 1825, Bailly et Meyraux, puis Fabre-Palaprat employaient cette méthode. Kœnig (2) lui dut la guérison d'une ascite.

Bécamier et Teissier (3), obtinrent une amélioration considérable dans un cas de pleurésie après deux séances.

Dès 1839, Schuster employa ce traitement pour la cure de l'hydrocèle. Cet auteur a traité 21 cas d'hydrocèle par ce procédé ; il a obtenu la guérison après 1, 2, 4 et même 6 séances. Il employait l'électrolyse bipolaire enfonçant les aiguilles aux deux points opposés du diamètre vertical de la tumeur. L'action durait une dizaine de minutes (4).

Scoutetten obtint deux guérisons de cette même affection par un traitement du même genre (5).

Plus tard, Blandin et Roux (*Gaz. des Hôpît.*, 1843, Vivarelli (1852), Delstanche (1859), Lehman (1859), Quitard de Toulouse (1860), Rodolfi (1857, 1858, 1874) Friedenthal (1869), Erhardt (1874), ont cité des cas de guérison par la galvano-poncture bipolaire.

Althaus (6) conseilla l'électrolyse unipolaire négative.

(1) *Klin. Monats. für Augen.* juin 1893.

(2) KÖNIG. *Hufeland's Journal*, 1829, p. 115.

(3) *Gaz. des Hôpitaux*, mars 1843, p. 142.

(4) *Bull. de Thérap.*, 1859, t. LVI, p. 173.

(5) *Bull. de l'Ac. de Méd.*, 1864-1865, t. XXX, p. 983.

(6) *A treatise on medical Electricity. London*, 1873 p. 671, 3^e édition.

De 1869 à 1876, Friedenthal (1) employa un procédé analogue et lui dut plusieurs guérisons.

Enfin Macario de Nice (1877) Zamboni (1877), Garrau de Laval, (1876) Bonadei (1879), employèrent avec succès l'électrolyse bipolaire.

Employé pour la guérison de l'hydrocèle dès 1865, ce traitement n'entra dans la thérapeutique des kystes de l'ovaire qu'en 1869. Flies (2) l'employa le premier pour guérir cette affection. Il se servit de l'électrolyse unipolaire positive et obtint un succès après vingt séances.

En 1874, Fieber, de Vienne, obtint par la même méthode la guérison d'un kyste multiloculaire de l'ovaire de la grosseur d'une tête d'homme.

De temps à autre quelques praticiens signalaient des cas de guérison dus à l'électrolyse.

La manière dont l'électricité agit dans ce cas a été interprétée de diverses manières (3).

Petrequin, frappé de l'action que la pile exerce sur la circulation capillaire, avait pensé que la disparition des tumeurs liquides se faisait par résorption de leur contenu à travers la paroi kystique profondément modifiée par le courant.

Scoutetten, de son côté, a soutenu que la disparition du liquide d'une tumeur n'était pas due à une simple action chimique opérée par l'électricité. Pour le démontrer, il s'appuie sur ce fait qu'il faut beaucoup moins de temps pour faire disparaître le liquide d'une hydrocèle que pour décomposer une quantité égale d'eau. Scoutetten pense qu'il se fait une résorption du liquide par les vaisseaux de la tumeur, dont la fonction absorbante est stimulée par le courant électrique qui la traverse et il propose de remplacer le nom de

(1) FRIEDENTHAL. *Prager med. Wochens.* 1876, n° 26.

(2) *Berl. klin. Woch.* 1869, p. 103.

(3) *Dict des sciences médicales*, Dechambre.

méthode électrolytique par celui de résorption électrique. La même explication peut s'appliquer à la disparition des liquides accumulés dans des cavités naturelles ou des parties accidentelles, pourvu qu'il n'y existe ni inflammation aiguë ni fausses membranes.

Ce traitement fut employé avec succès contre toutes sortes de collections séreuses ; personne cependant n'avait eu l'idée de l'employer pour faire disparaître l'exsudat accumulé sous la rétine décollée, lorsque Schöler, dans un travail écrit le 19 mars 1893 et paru dans le fascicule de juin des *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, proposa l'électrolyse bipolaire pour la cure du décollement rétinien.

Schöler commença d'abord, au moyen d'expériences sur le lapin, par s'assurer de l'innocuité du traitement sur le corps vitré. Il l'employa alors chez un jeune myope de 18 ans, dont l'œil gauche était le siège de troubles vitréens, avec décollement depuis huit jours de la moitié supérieure de la rétine, s'étendant de la périphérie à l'entrée du nerf optique.

Voici l'observation telle qu'elle est rapportée dans son mémoire.

OBSERVATION I (SCHÖLLER).

Albert P..., âgé de 18 ans. Musicien.

OD (— 3 1/2) Sn LXX à 14' Sn 1/11 à 3".

OG. Le doigt est vu à 3'.

Examen ophtalmoscopique. OG. Nombreux flocons dans le corps vitré liquéfié.

Décollement plat de la rétine ; ce décollement s'étend de la partie supérieure à la papille et se prolonge en dehors et en bas ; la membrane présente des plis étendus.

Le champ visuel est diminué proportionnellement à l'étendue de cette lésion.

J'ai enfoncé dans l'œil gauche deux petits couteaux d'une longueur de 2 à 3 millimètres et de 1 millimètre 1/2 de largeur environ ; ils étaient reliés à deux crochets destinés à les mettre en communi-

cation avec les fils conducteurs d'une batterie galvanique. Le couteau correspondant au pôle négatif a été placé au méridien vertical, et celui qui correspondait au pôle positif, au méridien horizontal, aussi périphériquement que possible. Le courant était produit par une pile de Hirschman.

Pendant 1 1/4 de minute, je fis agir un élément, puis deux et finalement trois sans dépasser 5/6 de minute pour la durée totale du courant. Sauf à l'endroit des piqûres, il n'y a pas eu de douleur et très peu de signes réactionnels.

Les phénomènes inflammatoires constatés pendant l'opération, du côté de la rétine, ont été très peu accentués et se sont limités au voisinage immédiat du point de piqûre, laissant visiblement le corps vitré intact.

Déjà, au premier changement de pansement, le 4^e jour, le recollement était complet.

Avec un verre de — 4 le numéro C. Sn était lu à 14 pieds, et le 1 à 3 pouces.

A la place des deux petits couteaux Schöler dit qu'on peut se servir de crochets analogues à ceux du strabisme et longs de 2 millimètres 1/2 sur 3/4 de millimètre d'épaisseur. Ils seront émaillés au besoin afin d'éviter leur action caustique sur les tissus.

Schöler employait l'électrolyse bipolaire; mais il dit lui-même dans son mémoire que l'on peut sans inconvénient remplacer ce procédé par l'électrolyse unipolaire positive, qui présente tout au moins pour l'opérateur l'avantage de ne faire à l'œil qu'une seule piqûre.

Quelques jours à peine après la publication de Schöler, M. Abadie ignorant d'ailleurs les expériences de l'auteur allemand, proposa (1) l'électrolyse comme moyen de traitement du décollement de la rétine dans le but de « produire des cautérisations limitées et d'en régler à volonté l'intensité, ce qui était presque impossible avec les injections de liquides irritants. »

(1) *Société d'Ophth. de Paris*, Séance du 6 juin 1893.

Après avoir essayé les couteaux d'or et de cuivre pour pénétrer dans l'œil, M. Abadie les abandonna bientôt en raison de la difficulté que l'on éprouve à les rendre assez solides et assez tranchants.

Il arrêta alors son choix sur les aiguilles de platine iridié qui est inoxydable, que l'on peut flamber impunément et qui est suffisamment dur pour pouvoir être aiguisé en tranchant presque comme un couteau ordinaire.

L'instrument, qui est d'ailleurs le même dont il se sert actuellement (1) se compose d'une petite tige en platine iridié dont l'extrémité, dans l'étendue de deux millimètres, représente la pointe d'un petit couteau à double tranchant ; puis le reste de la tige est garni d'un petit manchon en gutta-percha qui sert d'abord d'arrêt quand on pénètre dans l'œil et puis d'isolateur pour concentrer l'action du courant sur la pointe en platine.

L'instrument maintenant connu, voici son procédé tel qu'il le décrit lui-même dans sa communication. Nous ferons remarquer que l'électrolyse n'est pas le *seul* traitement institué.

« Étant donné un décollement de la rétine, je cherche d'abord à en déterminer la nature. Sans entrer dans le détail de tous les cas cliniques, j'en distingue d'abord deux grandes catégories :

« 1° Le plus commun, celui qui est d'origine myopique, mécanique, qui frappe souvent sans cause appréciable les myopes d'un degré élevé ; 2° le décollement consécutif à des états pathologiques de la choroïde, reconnaissable souvent aux foyers de chorio-rétinite qui ont précédé son apparition.

« Dans le premier cas, je commence d'abord par appliquer une ou plusieurs ventouses scarifiées à la tempe, puis tous les deux jours, je fais une injection sous-conjonctivale de sublimé, à la dose d'une goutte d'une solution à un pour mille,

(1) *Congr. d'ocult. de Paris*, Séance du 6 mai 1895.

et de plus, une injection sous-cutanée d'un centigramme de pilocarpine. Il arrive presque toujours que ce traitement produit déjà par lui-même une amélioration considérable qui est parfois même telle, que les malades, très satisfaits, se considèrent comme guéris. Le champ visuel s'agrandit, l'acuité visuelle augmente, et il est facile de constater à l'ophtalmoscope la réduction de l'étendue du décollement. — Quand il s'agit d'un décollement d'origine choroidienne, je fais toujours les injections sous-conjonctivales de sublimé, mais je remplace les injections générales de pilocarpine par des injections sous-cutanées de sublimé, à la dose d'un centigramme tous les deux jours. Il est rare que ces traitements, malgré l'amélioration immédiate qu'ils procurent, aboutissent à la guérison complète; c'est alors que j'ai recours à l'électrolyse.

« J'applique une large plaque métallique recouverte de peau de chamois mouillée, au bras du malade et je la mets en contact avec le pôle négatif d'un appareil à courant continu.

« Cela fait, je pratique une ponction avec l'extrémité effilée de la tige en platine iridié au centre du décollement et un peu en arrière de la région ciliaire. Je pénètre dans l'œil de 3 millimètres environ, et ne puis aller plus profondément, en raison de l'arrêt formé par la gaine de gutta-percha qui enveloppe le reste de la tige en platine. — La tige de platine est mise en communication avec le pôle positif d'un appareil à courants continus. On fait alors passer le courant, et l'on augmente progressivement jusqu'à la totalité des 9 ou 10 éléments qui, dans l'appareil de Gaiffe, servent habituellement aux ophtalmologistes pour le traitement des paralysies musculaires de l'œil.

« L'intensité de ce courant, mesurée au galvanomètre, ne dépasse pas deux ou trois milliampères; il est très bien supporté. Pendant combien de temps le courant doit-il passer? Ici encore quelques tâtonnements ont été nécessaires. En employant la dose d'électricité dont je viens de parler, il faut

environ cinq minutes. Dès que le courant passe, on voit au bout d'un instant la réaction chimique s'opérer au pôle positif, et se manifester par le développement de petites bulles de gaz dont le nombre augmente au fur et à mesure que le courant passe. Au bout de cinq minutes, on diminue rapidement le courant jusqu'à zéro et l'on retire l'instrument ; il ne sort presque pas de liquide. On applique un bandeau compressif et l'opération est terminée.

« Dès le lendemain, on aperçoit au niveau du point où la ponction a été faite, une plaque blanchâtre, ronde, très nette, qui représente la zone attaquée par la réaction chimique accomplie au pôle positif. Cette zone est d'autant plus étendue, plus apparente et plus blanche que l'action du courant a été plus intense et plus prolongée.

« Du côté des enveloppes de l'œil, de la sclérotique, pas de réaction ; rien d'anormal non plus du côté du corps vitré. Nous arrivons donc par ce moyen au desideratum voulu, c'est-à-dire à provoquer sur un point nettement déterminé de la choroïde, un foyer d'irritation absolument limité sans détérioration ni dommages possibles des tissus avoisinants qu'il est indispensable de ménager.

« Dès le lendemain, les troubles fonctionnels de la vision sont aussi notablement amendés, le champ visuel s'agrandit, l'acuité visuelle augmente et cette amélioration va s'accroissant rapidement les jours suivants.

« Ce traitement donne souvent d'emblée des guérisons définitives.

« D'autres fois, si l'amélioration toujours considérable des premiers jours semble subir un temps d'arrêt, je reprends les injections sous conjonctivales de sublimé et les injections de pilocarpine, ou les injections générales de sublimé suivant les cas. Cette méthode est absolument inoffensive, ce qui permet de l'employer chez des gens dont un œil est perdu et dont l'autre vient de se décoller. »

M. Abadie ne donne dans son mémoire ni statistique ni observations. Il relate seulement un cas où après une seule séance d'électrolyse cuprique, il observa cinq mois après le recollement complet de la rétine et le rétablissement de la fonction.

Gillet de Grandmont a employé l'électrolyse seule. La première fois l'échec fut complet, le décollement était déjà ancien et avait résisté à plusieurs médications de nature diverse ; on doit se borner à tenter la cure des affections récentes, car toutes les tentatives échoueront sur des éléments rétiens dégénérés.

« Lors de cette opération, dit cet auteur (1), j'avais éprouvé une réelle difficulté pour perforer les membranes de l'œil avec le couteau électrolytique de M. Abadie, il m'avait fallu exercer une forte pression, déprimer la surface du globe ; aussi ai-je songé à remédier à cet inconvénient dû à une petite défectuosité d'outillage ; j'ai fait fabriquer par Gaiffe une aiguille dont l'extrémité est effilée au lieu d'être tranchante et avec laquelle on entre facilement dans le globe par de légers mouvements de rotation.

« Pour éviter de pénétrer trop loin, l'aiguille est entourée d'un manchon débonite dont le rebord inférieur forme arrêt ; cette gaine est facile à antiseptiser, elle est mobile sur un pas de vis sur lequel elle est montée ainsi que l'aiguille de platine irridé, et l'on peut en tournant le manchon, découvrir un ou plusieurs millimètres de pointe.

« Pour le reste je me suis conformé à la technique de M. Abadie.

« Voici d'ailleurs l'observation.

(1) *Arch. d'ophth.* 1894, p. 337.

OBSERVATION II (GILLET DE GRANDMONT)

Mme D..., âgée de 44 ans, gouvernante, sans antécédents héréditaires connus ; elle présente comme antécédents personnels, une fièvre typhoïde vers l'âge de 15 ans.

Elle ne se rappelle pas avoir eu d'autre maladie grave, mais elle est faible, anémiée ; elle a éprouvé de violentes commotions morales auxquelles elle attribue une grande influence sur l'altération de sa santé.

Je la vis pour la première fois en juin 1892 ; elle était atteinte de myopie progressive avec large scléro-choroïdite postérieure ; elle venait me trouver, à ce moment, pour une poussée de choroïdite maculaire aigue de l'œil gauche ; en octobre de cette année 1892, choroïdite de la région maculaire à droite. Le traitement usuel fut institué, et voici quel était, au mois de janvier 1894, l'état de la vision :

De l'œil droit, celui qui nous intéresse actuellement, la malade comptait les doigts à un mètre ; avec un verre de — 16 D concave, on obtenait une correction d'un tiers ; de l'œil gauche, il n'existait pas de vision directe, numération des doigts à 20 centim. environ dans le champ périphérique.

Le 3 mars dernier, la malade arrive à la Clinique avec un décollement de la partie postérieure, supérieure et interne de la rétine de l'œil droit ; très étendu, il formait dans sa portion supéro-interne une vaste poche flottante d'aspect grisâtre, se continuant jusqu'à la papille par des taches blanchâtres le long des vaisseaux ; le champ visuel est rétréci et numériquement évaluable à $ESI^2 = 7535$; le sens chromatique est à peu près normal, la vision réduite à la perception des doigts sans qu'ils puissent être comptés ; pas de réfraction, le globe est mou, il existe des corps flottants, mais en petite quantité et de volume trèsréduit L'accident remontait à 48 heures.

Après avoir fait étendre la malade et pris les précautions antiseptiques accoutumées, j'introduis dans la région du décollement la pointe d'une aiguille de platine reliée au pôle positif d'une pile ; je fis passer un courant de 5 milliampères pendant une minute ; occlusion des yeux, repos au lit ; l'opération fut presque indolore ; la réaction locale négligeable ; deux jours après, examen à l'ophtalmoscope ; aucun résultat appréciable.

Le 7, quatre jours après la première intervention, nouvelle séance

d'une minute, avec une égale intensité de courant ; mêmes précautions consécutives ; au bout de quarante-huit heures, nouvel examen : la rétine a repris sa situation normale, il n'y a plus de décollement, et dans les jours qui suivirent, nous eûmes la satisfaction de constater la persistance du résultat acquis. Vers la fin de mars, la malade quitte la Clinique pour reprendre ses occupations habituelle ; elle comptait alors de l'œil droit, les doigts à un mètre comme auparavant, mais la correction avec une lentille de — 46 D concave n'est plus que d'un sixième au lieu d'un tiers.

Trois mois se sont écoulés depuis l'apparition du décollement et il ne s'est pas reproduit.

« Un fait, à mon avis, permet d'attribuer à l'électrolyse cette heureuse guérison ; si toutes les mesures d'usage ont été prises, occlusion, repos au lit, on ne saurait invoquer leur rôle comme prépondérant, car la guérison s'est produite ici, six jours après la première intervention restée sans effet, deux jours seulement après la seconde séance, et huit jours après la découverte du décollement.

« Or les règles hygiéniques en question agissent, si tant est qu'elles le fassent, avec une désespérante lenteur. »

Voici le procédé employé à la clinique de M. le Professeur Terson.

L'appareil se compose d'une batterie de 12 éléments au bisulfate de mercure, avec régulateur (modèle Chardin). Un rhéophore est adopté au pôle positif, un second au pôle négatif. Le rhéophore du pôle négatif est mis en communication avec un galvanomètre apériodique de Chardin indiquant le 1/4 de milliampère et dépourvu d'oscillations qui pourraient tromper sur l'intensité réelle du courant employé ; de ce même galvanomètre part un second rhéophore muni à son extrémité libre d'une plaque de métal recouverte d'une peau de chamois ; la plaque est trempée dans de l'eau salée dans le but de permettre le passage plus facile du courant, et est ensuite placée sur le front du malade, que l'on a préalablement savonné pour éviter l'action

isolante des matières grasses qui se trouvent à l'état normal sur la peau. Ajoutons en passant qu'il est indispensable de s'assurer avant l'opération du bon fonctionnement de l'appareil pour éviter à l'œil atteint de décollement un traumatisme inutile, peut-être même nuisible.

Le rhéophore placé au pôle positif est destiné à être mis en communication avec l'aiguille qui doit pénétrer dans l'œil à opérer.

Cette aiguille est fixée sur un porte aiguille spécial recouvert d'un manchon d'ébonite comme celui construit pour Gillet de Grandmont ; il en diffère cependant par sa longueur qui est environ quatre fois plus grande (16 à 18 centimètres) ce qui le rend beaucoup plus facile à manier.

L'aiguille est ronde et aussi petite que possible de façon à produire une plaie pour ainsi dire imperceptible, qui aura la plus grande tendance à se refermer après l'opération.

Le choix du métal n'est pas indifférent. Schöler (1), le premier fait remarquer que l'acier s'oxydait et pour éviter cet inconvénient, il se servait d'aiguilles émaillées. D'un autre côté, l'or ne possède pas une résistance suffisante pour la pénétration, à cause de la ténuité exigée pour produire un effet convenable ; ces diverses considérations ont amené à se servir d'aiguilles en platine iridié inoxydable, qui ne possèdent pas cependant toute la rigidité désirable ; M. le docteur Terson a une fois tordu successivement deux aiguilles ; la troisième seulement a pénétré ; si nous ajoutons à cela que leur prix est très élevé (6 à 7 fr. l'une), nous voyons que toutes les difficultés ne sont pas encore complètement surmontées et que l'outillage demande à être encore perfectionné s'il est possible.

Les rhéophores employés au début étaient excessivement minces dans le but de gêner le moins possible l'opérateur

(1) *Klin. Monats. für Augen.* 1893, p. 215.

dans le maniement de l'aiguille ; mais cette ténuité présente un grave inconvénient qui est le manque de solidité. M. Terson a eu dans un cas une rupture du fil et cet accident est d'autant plus ennuyeux que l'on ne se doute généralement pas de la cause du mauvais fonctionnement de l'appareil, le manchon de soie qui enveloppe le fil masquant sa rupture.

L'appareil étant ainsi monté, on s'assure que tout marche bien ; le malade, préalablement cocaïnisé est couché sur le lit d'opération ; la plaque en communication avec le pôle négatif est placée sur le front, on maintient l'œil au moyen d'une pince à fixation pour éviter des mouvements trop brusques. L'aiguille, que l'on a fait sortir du manchon d'une longueur de 2 mm. 1/2 environ et flambée est alors introduite dans l'œil juste au point du décollement. La pénétration se fait au moyen de petits mouvements de rotation, de façon à n'exercer sur l'œil qu'une pression aussi minime que possible. Un aide met alors la batterie en action, en ajoutant un nombre d'éléments de plus en plus grand, jusqu'à ce que le galvanomètre indique exactement cinq milliampères ; à partir de ce moment précis on compte exactement une minute ; le courant est alors interrompu et l'aiguille enlevée de l'œil ; un pansement légèrement compressif est appliqué immédiatement et le malade est reconduit à son lit.

Au moment où l'aiguille est retirée de l'œil on observe presque toujours un léger soulèvement de la conjonctive, limité au point de piqûre et produit par une légère extravasation du liquide sous rétinien par l'orifice de la plaie.

Comment agit l'électrolyse ?

L'action de cet agent thérapeutique peut s'expliquer d'abord par les modifications qu'il apporte dans le liquide sous rétinien par sa décomposition, mais il est surtout probable que c'est à son action sur la circulation générale et la nutrition de l'œil que sont dûs les bons effets qu'il procure.

L'électricité augmente en effet d'une façon appréciable l'étendue du champ visuel en réveillant l'excitabilité nerveuse de la rétine et active notablement la circulation de l'œil et par conséquent sa nutrition (1).

(1) Expériences faites dans la clinique du Dr LANDOLT par Miss ELLABY. *Arch. d'ophth.* 1882, p. 532.

EXPÉRIENCES

Sur la demande de M. le professeur Terson et désireux de nous assurer par nous-même de l'innocuité de ce traitement pour le corps vitré dans le cas où le décollement aurait été traversé par l'aiguille, nous avons institué avec le concours de M. Clavelier, chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de Toulouse, une série d'expériences sur les yeux de lapin.

Douze yeux ont été opérés successivement et nous avons noté avec soins toutes les modifications que nous avons pu constater.

Les yeux de lapin présentent un très grand inconvénient ; ils ont en effet un cristallin énorme se creusant dans le corps vitré une encoche considérable, d'où le danger de blesser la lentille au moment où l'on introduit l'aiguille ; la ponction était toujours faite le plus près possible du pôle postérieur de l'œil.

Les expériences instituées pour l'étude de cette question ont été faites sur l'œil du lapin.

Nous nous sommes servis de l'appareil de Gillet de Grandmont modifié (par M. Terson), muni d'aiguilles d'acier et nous avons toujours employé l'électrolyse positive : l'aiguille a été enfoncée à des profondeurs variant de 1 mm. à 3 mm. 5. Toutes les fois les échanges chimiques ont été tels que l'aiguille était oxydée en sortant de l'œil. — Le pôle négatif était formé d'une plaque métallique recouverte de peau de chamois imbibée d'eau salée et placée dans l'oreille de l'animal. — La source de l'électricité était une batterie de douze élé-

ments au bisulfate de mercure ; l'intensité du courant était mesurée par un galvanomètre apériodique de Chardin, indiquant le $\frac{1}{4}$ de milliampère.

Exp. I. — 29 sept. — Œil droit. — Courant de 5^{mma} pendant 1'. Aucune réaction appréciable. Les jours suivants : rien.

24 déc. — OD. Courant de 6^{mma} 5 pendant 1'. — Léger trouble nuageux du vitré qui avait disparu 2 jours après. OG. Courant de 2^{mma} pendant 2'. Rien.

16 janv. — OD. Courant de 12^{mma} pendant 1'. Immédiatement trouble diffus dans le vitré. L'examen ophtalmoscopique est impossible. Le trouble persiste encore 15 jours après. L'animal ne voit rien de cet œil.

Au commencement du mois de février nous avons injecté dans les deux yeux une goutte de teinture d'iode, selon la formule de M. Abadie. Immédiatement, trouble jaune verdâtre du corps vitré. Dès le lendemain irido-cyclite double avec occlusion pupillaire totale et phthisie consécutive des deux yeux.

Exp. II. — OD. Courant de 8^{mma} pendant 1'. Trouble immédiat du vitré qui disparaît quelques jours après (22 janvier).

OG. Courant de 10^{mma} pendant 1'. Trouble immédiat : le fond de l'œil n'est plus perceptible. Une semaine après le trouble avait diminué, mais il n'a jamais disparu complètement (30 janvier),

Exp. III. — OD. Courant de 12^{mma} pendant 1'. Trouble immédiat du vitré : l'animal semble n'avoir aucune perception lumineuse par cet œil. Huit jours après, il ne reste qu'un léger nuage (12 février).

OG. Courant de 5^{mma} pendant 3'. Pendant l'intervention même et au bout d'une minute et demie environ on voit l'opalescence du vitré augmenter lentement jusqu'à la fin de l'intervention. L'œil n'a jamais repris sa transparence,

Exp. IV. — OD. Courant de 4^{mma} 5 pendant 5'. Pas de réaction appréciable. Jamais rien d'anormal n'a été observé dans cet œil (3 mars).

OG. Courant de 2^{mma} pendant 3'. Aucune réaction.

L'examen microscopique a été fait de la façon suivante :

L'œil énucléé est mis à congeler. Puis des coupes ont été faites immédiatement. Nous n'avons rien trouvé qu'une quantité de

leucocytes plus grande qu'à l'état normal. L'œil gauche a montré la même altération.

Exp. V. — OD. Courant de 5^{mma} pendant 1'. Pas de réaction.

OG. Courant de 3^{mma} pendant 2'. Rien.

Congelés et examinés immédiatement ils n'ont montré aucune altération remarquable.

Exp. VI. — OD. Courant de 6^{mma} pendant 2'. On constate aussitôt un léger trouble qui dès le surlendemain avait absolument disparu.

OG. Courant de 7^{mma} pendant 1'. L'aiguille a été enfoncée très légèrement. Aucune altération visible.

Sans qu'on puisse donc rien préciser au sujet de cette modification apportée dans le corps vitré par l'électrolyse on peut affirmer que c'est un moyen assez actif. Il faut tenir compte dans son emploi de deux facteurs importants : l'intensité du courant et sa durée.

D'autre part il ressort nettement de nos expériences qu'en courant de cinq milliamperes, d'une durée d'une minute est *inoffensif* pour l'œil.

Depuis le 27 Juillet 1894, M. le Professeur Terson a opéré 47 malades sur 19 cas qui se sont présentés à son observation sur environ 1670 malades.

Sur ces 47 malades, quatre ont été opérés trop récemment pour fournir des données de quelque valeur. Une opérée doit aussi être supprimée de cette statistique. C'est une personne d'une extrême sensibilité qui à la première intervention s'est jeté brusquement en arrière au moment où elle a senti le passage du courant et a fait retirer l'aiguille de l'œil, où elle était déjà implantée. A une seconde intervention, alors que l'aiguille était aussi dans l'œil, le galvanomètre n'a point marqué le passage du courant, par suite de la rupture du fil à son extrémité.

Sur les douze opérés restants, 9 avaient déjà perdu un œil par décollement de la rétine avec synéchies postérieures et opacités du cristallin. Chez ces malades le décollement datait de deux à trois ans.

Les huit opérés à décollement relativement peu anciens ont donné trois améliorations passagères et cinq améliorations durables leur permettant depuis l'intervention de se diriger seuls au grand jour. Mais il persiste chez ces malades un certain degré de décollement.

Chez le 9^e opéré (observation XIV) dont un œil était déjà perdu et dont le décollement à l'autre œil, très avancé, datait de deux à trois ans, l'opération, quoique très rigoureusement conduite, a été suivie de fâcheux accidents que l'on peut attribuer à l'emploi d'une aiguille triangulaire. Sur les trois opérés qui étaient atteints à un seul œil, l'un portait une lésion maculaire atrophique des plus étendues.

Chez une autre malade, l'électrolyse n'a en rien modifié un décollement presque complet datant de 3 mois avec acuité visuelle au-dessous de 1/10.

La troisième malade, dont le décollement ne datait que de huit jours, a donné un succès d'autant plus remarquable que son œil était en quelque sorte absolument perdu.

Voici d'ailleurs les observations telles que M le Professeur Terson a bien voulu nous les communiquer.

OBS. III

Marie O..., 34 ans, couturière au Castéra (Hte-Garonne), entre à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Toulouse, le 6 août 1894, disant que depuis huit jours elle a perdu la vue de l'œil droit. Elle a d'abord observé une masse noire qui l'empêchait de voir du côté nasal; puis, dans l'espace de quelques heures, le rideau s'est avancé dans le milieu de l'œil et l'a peu à peu envahi tout entier; en sorte que le lendemain elle distinguait tout au plus le jour de la nuit. C'est dans cet état que nous l'observons. Elle a toujours été

très myope et a toujours beaucoup moins vu de l'œil droit que de l'œil gauche, dont elle ne se plaint pas.

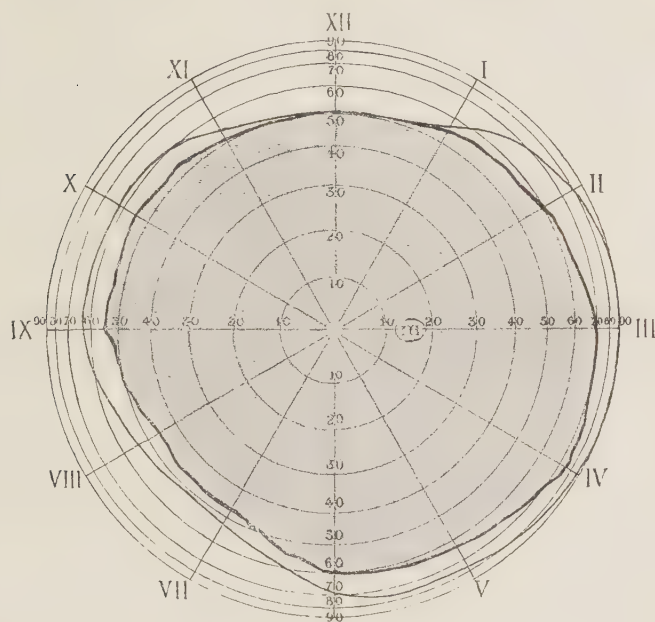
Au simple examen à l'œil nu, nous observons une *profondeur anormale* de la chambre antérieure; le réflexe pupillaire est très affaibli, l'iris *très légèrement* tremblotant. Le fond de l'œil présente une teinte jaunâtre et louche, analogue à celle que donne un commencement d'infection. La tension oculaire est manifestement diminuée. À l'ophtalmoscope nous observons un vaste décollement sacciforme, qui occupe plus d'un tiers de la rétine. On voit assez vaguement la papille par suite d'un trouble généralisé du corps vitré. C'est à peine si dans certaines directions, la malade perçoit la flamme d'une bougie tenue à la distance d'un mètre. Il est donc impossible de prendre le champ visuel. L'œil gauche est myope de 7 dioptries, avec acuité $1/2$ faible.

Quoique nous considérions cet état comme désespéré, nous soumettons immédiatement la malade à l'électrolyse, et nous donnons un courant de $5\ 1/2$ milliampères pendant 1'. Nous faisons remarquer aux personnes qui nous entourent la grande difficulté de faire pénétrer l'aiguille à cause de l'hypotonie de l'œil, celui-ci se laissant en quelque sorte écraser sous la pression et nous faisons de grandes réserves sur le résultat d'une opération pratiquée dans des conditions aussi défavorables. Aucune réaction ne se produit; quarante-huit heures après, nous faisons lever la malade pour l'examiner à l'ophtalmoscope. L'enlèvement du pansement fut pour nous comme un coup de théâtre. Le corps vitré redevenu transparent permettait de voir des plaques d'atrophie choroïdienne disséminée, et une lésion maculaire. Il n'existait plus trace du décollement de la rétine. La chambre antérieure était devenue moins profonde et le réflexe pupillaire normal.

Voulant suivre l'expérience jusqu'au bout, nous ne prescrivîmes aucun traitement. Le sixième jour, aucune trace du décollement; l'aspect extérieur de l'œil est le même que celui de l'œil sain.

L'acuité visuelle est de $1/10$, avec 12 dioptries. Le champ visuel est normal. La malade quitte le service le 14^e jour. Elle est demeurée couchée en tout *quatre jours* et ne s'est plus recouchée que le soir à l'heure habituelle, parce qu'on faisait une réparation dans la salle. Aucun autre traitement n'a été fait. Nous avons revu cette malade deux mois après: rien n'avait changé. Le 25 mars, son acuité est restée à $1/10$, et le champ visuel que j'ai repris moi-même avec le plus grand soin, est demeuré normal. (*fig.*)

REMARQUES. — Rien ne manque, je crois, à cette observation pour lui donner un haut intérêt et rendre impossible de



ne pas attribuer le résultat à notre intervention : Le cas était désespéré et aucun autre traitement n'a été institué, pas même le décubitus dorsal. Il faut seulement insister sur le fait que le décollement était très récent (8 jours). Je tiens à insister aussi sur le relèvement prodigieux de la nutrition générale de l'œil, qui a permis au corps vitré de reprendre en 48 heures une transparence à peu près complète et à la chambre antérieure de récupérer sa profondeur normale. L'électrolyse pourra donc être étudiée au point de vue de son application à des affections profondes de l'œil semblables à celle-ci, moins le décollement, et peut-être à des cas où des signes d'un décollement imminent commencent à apparaître.

OBS. IV.

Paulin C..., 59 ans, entre dans le service, le 20 juillet 1894. O G perdu par décollement ancien et synéchie postérieure totale. -- O D décollement *datant de six semaines*, occupant toute la partie supéro-externe de la rétine et formant une vaste poche flottante. V = 1/20 avec champ visuel très réduit. Le malade ne peut se diriger seul.

Le 26 juillet, l'aiguille de Gillet de Grandmont reliée au pôle positif de la pile est enfoncée dans l'œil, de quatre à cinq millimètres. Comme c'est notre première opération et que nous n'avons à notre disposition qu'un galvanomètre produisant des oscillations très gênantes, nous donnons approximativement un courant de 2 1/2 à 3 milliampères pendant une minute. — Pas de douleur. — On éprouve une certaine résistance en retirant la pointe de l'aiguille par suite de la production d'une petite eschare *sèche*; ce qui a toujours lieu dans les opérations où l'on met en action l'électrolyse positive.

Le pansement est levé le 3^e jour. — L'acuité est remontée à 1/8. On constate une hypermétropie de 1, 75 dioptrie. Avec un verre de 3 dioptries, la malade peut lire le n° 5 de l'échelle de Wecker. — Le champ visuel s'est considérablement élargi. On a grand peine à faire garder le lit une semaine. — Le malade sort le 15^e jour et se dirige seul vers la gare de départ. Il y a une amélioration notable et des plus évidentes.

Deux mois après, le malade revient. Il existe un scotome central et un décollement inférieur assez étendu. Nous appliquons cette fois un courant de 5 milliampères pendant une minute. Il ne survient ni réaction ni accident; il se produit une nouvelle amélioration; mais on voit encore des plis de la rétine dans la partie inférieure.

Des renseignements précis que j'ai eus, il y a quelques jours (9 mois après l'opération), il résulte que ce malade peut se diriger seul, au moins au grand jour. Il n'a fait aucun autre traitement et l'on peut affirmer qu'il a retiré ce bon résultat de l'électrolyse.

OBS. V.

Jean C..., 52 ans, a toujours été très myope.

O D perdu depuis longtemps par décollement.

O G Staphylome postérieur circulaire avec lésion atrophique choroïdienne maculaire. — Soulèvement peu accusé, mais presque complet de la rétine, survenu subitement depuis cinq jours. Le champ visuel est pour ainsi dire nul et le malade ne peut se conduire.

Le 31 juillet, courant de 6 milliampères pendant une minute. Pas de douleurs. — Repos au lit. — Sujet très indocile. Le 2 août le malade voit beaucoup mieux ; la rétine paraît recollée sur tous les points sauf en bas, où existent quelques plis à peine perceptibles. Il y a quelques flocons dans le vitré.

Le 10 août, le malade très satisfait, veut absolument rentrer chez lui ; il ne peut supporter de rester couché et considère la chose comme inutile, puisqu'il voit autant qu'il voyait avant l'accident qui l'a amené.

Actuellement (après 9 mois), j'ai pu savoir que ce malade se dirige encore passablement seul dans la journée ; le soir il est gêné par l'héméralopie qui existe chez la plupart des sujets atteints de décollement rétinien.

C'est pourtant un assez bon résultat, si l'on considère l'extrême gravité du cas au moment de l'intervention, les lésions antérieures et l'absence de tout autre traitement.

OBS. VI.

Sophie J..., 43 ans, OD, perdu par décollement ancien et irido-choroïdite. OG. Décollement peu élevé de la partie supéro-externe de la rétine, datant de trois semaines. — On constate une légère décoloration de la papille sans cause connue : il n'y a pas eu de syphilis. La malade est très anémique. Elle se dirige avec peine.

Le 27 juillet, courant de 5 milliampères pendant 4'. Pas de réaction. — Le 1^{er} août la malade constate une amélioration marquée de la vue et se dirige facilement. Le 9 août, elle quitte le service. V = 1/4 avec 2,50 dioptries. — Le champ visuel s'est agrandi, mais n'est pas redevenu normal.

Le 24 septembre, la malade éprouve une rechute. — Cette fois le décollement occupe la partie inférieure de la rétine. V est au-dessous de 1/10. Nouvelle intervention électrolytique de 5 milliampères pendant une minute.

L'acuité se relève de nouveau, mais la guérison est incomplète au moment de la sortie, le 15^e jour.

Cette malade peut encore actuellement se diriger seule et faire son ménage. Ce résultat, qu'il faut attribuer à la double application de l'électrolyse, doit être considéré comme un succès, en raison de la complication si grave du décollement rétinien par un commencement d'atrophie papillaire.

Obs. VII.

Joseph L..., 64 ans, de Toulouse, entre à la Clinique de l'Hôtel-Dieu le 20 juin 1894. — OG perdu par décollement et irido-choroïdite. OD. Décollement datant d'une semaine, occupant presque toute la moitié supérieure de la rétine. Il existe en outre une déchirure très nette. La réfraction est normale.

Nous soumettons le malade, sans aucun succès, au traitement par le décubitus dorsal (5 à 6 semaines), les frictions mercurielles et les injections de pilocarpine.

Le décollement *date de 45 jours*, quand nous faisons, le 4 août, la première application de l'électrolyse.

Le 3^e jour le malade accuse une grande amélioration de la vision et l'examen du champ visuel est satisfaisant. On voit cependant quelques plissements dans la partie précédemment décollée de la rétine. $V = 1/8$.

Une rechute se produit après 6 semaines et une nouvelle intervention donne encore une amélioration suffisante pour qu'à sa sortie, le malade puisse se diriger seul facilement.

Mais le résultat acquis ne se maintient pas et le malade revient après un mois disant que la vision décline lentement. — Quelques mois après, il peut difficilement trouver son chemin pour venir à la Clinique. Il y a donc eu seulement dans ce cas une amélioration passagère.

Obs. VIII.

Félicie B..., 18 ans. OG perdu depuis longtemps par irido-choroïdite et décollement.

OD a baissé rapidement depuis un mois. Décollement inféro-externe. — Staphylome et myopie élevée. — La malade ne peut se diriger seule. — Elle entre au service et est opérée le 9 novembre. — Courant de 5 milliampères pendant une minute avec une aiguille triangulaire, qui pénètre sans trop de difficultés.

A la levée du pansement, le 3^e jour, le décollement a entièrement disparu. Spontanément la malade nous dit qu'elle aperçoit toutes les personnes qui l'entourent, tandis qu'auparavant elle ne voyait que d'un côté. Le champ visuel est, en effet, redevenu à peu près normal. — Cet état persiste les jours suivants et nous pensions avoir obtenu une deuxième guérison complète, lorsque le 13^e jour, sans cause connue, la malade a vu de nouveau apparaître une ombre du côté nasal et nous observons un léger décollement dans la région temporale. — V = 4/10 avec 12 dioptries. Depuis, cette jeune fille rentrée dans son pays, a gardé le décubitus dorsal pendant six semaines et a fait une friction mercurielle de 2 gram. par jour.

Elle peut encore se diriger seule, mais pas après le coucher du soleil. Nous pensons que si cette malade avait été opérée tout à fait au début du décollement et qu'on eût pris plus de précautions après l'intervention, la guérison complète se serait maintenue. Ce fait est de nature, tel qu'il se présente, à encourager à la pratique de l'électrolyse combinée à tous les moyens déjà reconnus utiles.

Obs. IX.

Victor J..., 45 ans, à Gaillac (Tarn).

OD. — Opacité cornéenne centrale étendue datant de l'enfance. — Ne peut se conduire avec cet oeil.

OG. — Décollement limité à la partie inféro-interne de la rétine datant de 3 semaines. — Champ visuel fortement rétréci en dehors et en haut. — V = 1/10. — Entré et opéré, le 14 janvier 1895. — Courant de 5 milli. pendant une minute.

On voit du liquide former une voussure de la conjonctive au moment où l'aiguille est retirée. — Pas de réaction.

Le 3^e jour, *résultat nul*.

Le 10^e jour, deuxième intervention, qui amène une légère amélioration. V = 1/6. — Champ visuel agrandi.

Il a été impossible d'avoir des renseignements ultérieurs, malgré toutes mes recherches, et j'ai rangé ce malade dans la catégorie des améliorés d'une façon passagère; c'est-à-dire dans les résultats nuls.

Obs. X.

Apollonie S..., 25 ans, Toulouse.

O G. Perdu par décollement myopique.

O D. Vaste décollement *datant de 8 jours*, qui part de la papille et occupe toute la région supéro-externe de la rétine. On voit en outre dans la partie la plus élevée et la plus externe du décollement une large déchirure en volet, avec enroulement du côté du vitré. La malade ne peut se diriger seule.

L'électrolyse est pratiquée le 9 février 1893, avec un courant de 44/2 milliamp. pendant une minute. — L'examen ophtalmoscopique, fait le 8^e jour seulement, montre qu'il existe encore une partie du décollement, ainsi que la déchirure déjà observée. Mais la vision est bien améliorée. La myopie est de 18 dioptries. $V = 1/20$.

Le champ visuel est presque normal. La malade est restée couchée en tout trois semaines et on lui fait régulièrement une friction d'onguent napolitain de 2 gram.

Nous avons revu cette jeune fille fort intelligente, qui a repris son travail de ménagère et est venue encore récemment seule à la consultation, très satisfaite de son état actuel.

On peut considérer aussi le résultat comme dû en grande partie à l'emploi de l'électrolyse, car c'est par elle qu'une amélioration immédiate s'est produite.

OBS. XI.

Blanche L.. 64 ans. — OG perdu par phlegmon depuis longtemps. OD. Décollement *datant de trois semaines*, s'étendant jusqu'au voisinage de la papille. - Myopie élevée. — Champ visuel très réduit. — La malade, qui ne peut plus se conduire seule, est opérée le 21 février 1895. A la levée du pansement, le 3^e jour, la malade accuse une grande amélioration de la vue. — L'examen à l'ophtalmoscope fait le 8^e jour, permet de voir une grande plaque d'atrophie choroïdienne en dehors de la macula et un vaste staphylome postérieur.

Le décollement persiste en partie : mais la malade se conduit seule facilement. — Le champ visuel est très agrandi. — A la sortie, le 13^e jour, nous prescrivons une friction d'onguent napolitain de 2 grammes.

D'après les nouvelles reçues récemment de la malade, nous pouvons affirmer que l'amélioration obtenue persiste encore aujourd'hui.

Si l'on considère la gravité des lésions, c'est encore un beau succès

de l'électrolyse, sinon une guérison en quelque sorte impossible en pareil cas.

OBS. XII.

Mme Ch..., 38 ans, vient nous consulter le 1^{er} octobre 1894. — Très myope des deux yeux, elle a perdu la vue de OG, *il y a trois mois*, dans l'espace de quelques jours. Nous trouvons, à l'examen ophtalmoscopique, un décollement très généralisé de la rétine. M. — 42 dioptries avec acuité inférieure à 1/50. L'électrolyse avec un courant de 5 milliamp. d'une minute de durée, a donné un résultat presque nul, puisque l'acuité est remontée à 1/15 seulement.

Cette observation, de même que l'obs. VII, et celle qui va suivre, nous démontrent la difficulté d'obtenir une amélioration de quelque valeur et d'une durée convenable, dans les décollements *dont le début remonte à plus de deux mois*.

OBS. XIII.

Mlle L..., 27 ans, vient nous consulter en octobre 1894, pour OD affecté d'un haut degré de myopie et qui n'a jamais pu lire, même de très près. Elle a été vivement impressionnée, il y a un mois, en s'apercevant brusquement que cet œil n'a plus qu'une perception lumineuse presque nulle dans la plus grande partie du champ visuel.

Nous observons à l'ophtalmoscope une très grande plaque d'atrophie choroïdienne centrale, ressemblant au coloboma de la choroïde dans la région maculaire et un décollement rétinien inféro-externe très étendu.

L'électrolyse produit d'abord une telle amélioration que la malade nous écrit une fois rentrée chez elle, pour nous exprimer en termes émus toute sa reconnaissance de ce que nous lui avons rendu la vue de cet œil perdu. Mais, deux mois après, une deuxième lettre nous annonce que, sans aucune souffrance d'ailleurs, l'amélioration obtenue n'a pas persisté.

On conviendra qu'un cas si grave avec lésion congénitale irrémédiable, ne devrait point trouver place dans une statistique destinée à montrer avec précision la valeur d'un procédé d'intervention. J'ai voulu pourtant le citer afin de ne pouvoir être accusé de partialité ou d'inexactitude.

Obs. XIV.

Mlle P..., 24 ans, à Toulouse, est atteinte de décollement myopique de la rétine aux deux yeux, *depuis environ trois ans*. Malgré tous les traitements suivis, après m'avoir consulté et après avoir vu plusieurs de nos plus éminents confrères de Paris, OD est complètement perdu depuis longtemps et la vue de OG est si affaiblie, que la malade ne peut plus se diriger seule en dehors de ses appartements. Elle vient me faire part, avec sa mère de cette triste situation. Encouragé par les résultats que j'avais obtenus de l'électrolyse dans des cas tout à fait graves, et ne tenant pas suffisamment compte de l'ancienneté du mal, je propose de tenter ce genre d'intervention ; car, dans un court délai, la vision sera totalement perdue, si on laisse la maladie suivre sa marche naturelle. J'ajoute toutefois que loyalement, je ne puis rien promettre.

L'opération est faite en novembre 1891 sans le moindre incident, à l'aide d'une aiguille à *extrémité triangulaire*, et un courant de cinq milliampères pendant une minute. La malade ne ressent aucune douleur pendant l'application et en fait elle-même la remarque en se retirant. Mais, quelques heures après, il survient des douleurs assez vives et dès le lendemain, à la levée du pansement, on remarque une vive injection sous-conjonctivale généralisée ; la profondeur de la chambre antérieure est plus que doublée et la malade dit qu'elle ne voit pas autant qu'avant notre intervention, et peu à peu, une irido-choroïdite amène la perte presque complète de ce qui restait de la vision.

Comment expliquer ce fâcheux accident ? Il est probable que le liquide sous-rétinien très abondant, communiquant largement avec le corps vitré rétracté, a dû s'échapper sous le pansement et qu'une réaction inflammatoire violente a été la conséquence de la diminution exagérée de la tension intra-

oculaire. Ce fâcheux résultat est-il dû à la forme spéciale de la plaie produite par une aiguille triangulaire, ayant permis une filtration exagérée à la suite de l'opération ? Est-ce l'ancienneté du mal qu'il faut accuser, par le fait de la rétraction extrême du vitré ? Je ne sais.

En tout cas, j'ai profondément regretté mon intervention dans ce cas et je me borne à dire que je n'attaquerai jamais plus directement un décollement dont le début remontera à plus de deux mois.

Au dernier Congrès d'ophtalmologie de Paris (séance du 6 mai 1895), M. Abadie a rapporté une statistique de 5 cas de guérison définitive de décollements, sur 5 opérés.

Il s'agissait d'adolescents non myopes, présentant un décollement non myopique, transparent, très difficile à diagnostiquer.

Deutschmann a signalé une nouvelle méthode qui consiste à injecter du corps vitré dans l'œil atteint de décollement (DEUTSCHMANN. *Beitrage für Augenheilkunde*. N° 8 avril).

CONCLUSIONS

1° L'électrolyse positive doit être appliquée aux décollements récents.

2° Ce traitement aura d'autant plus de chances de succès que l'affection sera de date plus récente.

3° L'emploi des aiguilles effilées semble préférable à l'emploi d'aiguilles lancéolaires qui paraissent dangereuses au point de vue de la conservation du tonus oculaire.

4° L'observation clinique et les expériences sur les animaux démontrent que l'application d'un courant de cinq milliampères de la durée d'une minute est inoffensif pour l'œil.

5° Ce mode d'intervention a le grand mérite de ne gêner en rien l'emploi de tous les moyens médicaux dont une longue expérience a démontré la valeur si ce n'est au point de vue curatif, du moins comme adjuvants.

6° L'électrolyse donne une amélioration réelle, avantageuse, presque sans risques, dans les cas récents, et mérite d'être essayée de façon à ce que sa valeur réelle soit bientôt établie.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu le Président de la thèse :

PANAS.

Vu et permis d'imprimer,

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

